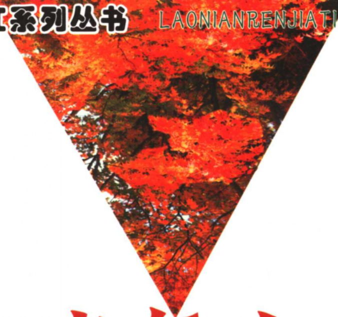
九九夕阳红系列丛书

LAONIANRENJIATINGHULISHOUCE



老年人家庭护理手册

主编　刘纯艳



中共中央党校出版社

ISBN 7-5035-3197-5
9 787503 531972 >
G · 136 定价：16.00元

九九夕阳红系列丛书：

老年人家庭护理手册

主编　刘纯艳



中共中央党校出版社
·北　京·

图书在版编目（CIP）数据

老年人家庭护理手册/刘纯艳主编．—北京：中共中央党校出版社，2005.10

（“九九夕阳红”系列丛书）

ISBN 7-5035-3197-5

Ⅰ．老…　Ⅱ．刘…　Ⅲ．①老年人－保健－手册②老年医学：护理学－手册　Ⅳ．①R161.7-62②R473.2-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 039014 号

中共中央党校出版社出版发行

社址：北京市海淀区大有庄 100 号

电话：（010）62805800（办公室）　（010）62805816（发行部）

邮编：100091　网址：www.dxcbs.net

新华书店经销

三河市南阳印刷有限公司印刷装订

2005 年 10 月第 1 版　2005 年 10 月第 1 次印刷

开本：850 毫米×1168 毫米　1/32　印张：10.25

字数：267 千字　印数：1—3100 册

定价：16.00 元

责任编辑　王　琪
封面设计　翟永莲
版式设计　尉红民
责任校对　于小红
责任印制　宋二顺

《九九夕阳红》丛书编委会

本册主编　刘纯艳

参编人员（按姓氏笔画排序）

王　跃　王春梅　王康凤　王席伟　史宝欣
刘素彦　孙　荣　庄淑梅　闫贵明　张　清
张　毅　金三丽　高　丽

前　言

我国老年社会的提前到来，使得全社会都对老年这一社会群体愈加重视。我们国家20年走过了英国80年的路，欧美、日澳的老龄社会是先富后老，我国是未富先老。在发展中国家，预期寿命已从50年代初的41岁增至1990年的62岁；到2020年，预计将达到70岁。当今发展中国家约有5.9亿老年人，再过25年此数目将增加一倍，达12亿。WHO发起全球“积极老龄化”，在人的整个一生中抓住机会和合理利用身体、社会和精神幸福的各种机会，以延长健康的预期寿命。

我国60岁以上为老年人，约1.3亿，占总人口的1/10，大城市，如北京、上海，老年比例约占总人口的13%。在现实生活中，同是花甲之人，身体却相差悬殊：有的身体健康，有的疾病缠身；有的暮气沉沉；有的老当益壮，有的未老先衰；有的壮心不已，有的万念俱灰。

《九九夕阳红》丛书的编撰宗旨，就在于推进积极老龄化、维护老年合法权益、普及党的老龄政策，宣传老年保障体系，促进老年生理、心理健康，陶冶老龄情操，增强老年修养。

为什么叫“九九夕阳红”丛书呢？“九九”，来源于三国时期的曹丕《九月九日与钟繇书》“岁往月来，忽复九月九日，九为阳数，而日月并应，俗嘉其名，以为宜于长久，故以享宴高会。”中国人将六视为阴数，九视为阳数，而九是数之极，“九九”又是阳数相重，“九九归一”，又与“久久”谐音，而

"九天"、"九霄"借喻天之高远，暗喻人之寿长；民俗重阳登高，其"高"也为"高寿"的借喻；而"夕阳红"，既是宋代诗人陆游"雨霁山争出，泥干路渐通。稍从牛屋后，却这鹳巢东。决决沙沟水，翻翻麦野风。欲归还小立，为爱夕阳红"的诗句，又是老年人晚年生活与生命质量美好的借喻和祝愿。

主持编写工作的是中国出版工作者协会国际合作出版促进会研究中心、中国农工民主党中央文化工作委员会、国务院老龄委办公室。

参加编写工作的有国务院参事室、北京大学、中国人大、天津医科大学、天津政法学院、首都师大、天津师大等单位诸多的学者、专家，在本丛书即将出版之际，谨向这些参与的单位、个人表示崇高的敬意和感谢。

中国出版工作者协会国际合作出版促进会研究中心
中国农工民主党中央文化工作委员会
2005 年 9 月 12 日

前 言

随着经济的发展、社会的进步和人民生活水平的普遍提高，我国也进入了老龄化社会。我国是一个发展中国家，与发达国家相比，老年卫生保健事业资源投入还相对较少，不能够满足老年人对健康的需求。要使老年人老有所养、老有所乐，健康幸福，我们就要非常注重老年人的自我保健，提高其自我保健意识及健康知识水平，使其改变不良的生活方式，积极预防危险因素，保持和增进健康，减少疾病，防止因老龄与疾病带来的自理缺陷。为使老年人能安度晚年，自行解决一些常见健康问题与疾病的护理，我们编撰了这本《老年人家庭护理手册》。

这本书既不是教材，也不是专著，它是一本献给老年朋友的科普读物，具有科学性、实用性与可读性，为老年朋友的自我保健提供一良师益友。本书内容涉及老年朋友的生理、心理问题与常见疾病的护理问题。全书共分二篇六章，涉及十余种症状和八十余种疾病的护理，内容力求适合老年朋友的需求。由于时间紧迫，编写较为仓促，有不妥之处，望使用本书的老年朋友提出宝贵意见，以便今后修订完善。

刘纯艳

2004.12

目 录

第一篇 保健篇

第一章 老年人生理心理变化 ……………………… (1)

一、老年人生理变化……………………………… (1)

二、老年人心理保健……………………………… (11)

第二章 症状护理 ……………………………… (29)

一、发热…………………………………………… (29)

二、便秘…………………………………………… (31)

三、粪便嵌塞……………………………………… (34)

四、腹泻…………………………………………… (35)

五、排便失禁……………………………………… (37)

六、肠胀气………………………………………… (39)

七、尿失禁………………………………………… (40)

八、尿潴留………………………………………… (43)

第三章 日常生活护理………………………… (46)

一、口腔卫生……………………………………… (46)

二、鼻饲的护理……………………………………………(49)
三、压疮护理………………………………………………(50)
四、生命体征（体温、脉搏、呼吸、血压）测量……(53)

第二篇 疾病篇

第四章 内科疾病及护理 ……………………………(59)
一、肺炎……………………………………………………(59)
二、慢性阻塞性肺部疾病…………………………………(61)
三、慢性肺源性心脏病……………………………………(64)
四、冠心病…………………………………………………(67)
五、高血压…………………………………………………(69)
六、心力衰竭………………………………………………(72)
七、功能性胃肠病…………………………………………(74)
八、慢性腹泻………………………………………………(77)
九、胃食管反流病…………………………………………(80)
十、慢性胃炎………………………………………………(82)
十一、消化性溃疡…………………………………………(84)
十二、肠结核………………………………………………(86)
十三、慢性肝炎……………………………………………(88)
十四、肝性脑病……………………………………………(91)
十五、结核性腹膜炎………………………………………(94)
十六、老年人急性肾小球肾炎……………………………(95)
十七、老年人急进性肾小球肾炎…………………………(98)
十八、老年人慢性肾小球肾炎……………………………(100)
十九、老年人肾病综合征…………………………………(102)

二十、老年人尿路感染……………………………（106）
二十一、老年人慢性肾功能衰竭…………………（109）
二十二、老年人贫血………………………………（116）
二十三、老年人慢性淋巴细胞白血病……………（119）
二十四、老年人甲状腺功能亢进…………………（121）
二十五、骨质疏松…………………………………（124）
二十六、痛风………………………………………（131）
二十七、糖尿病……………………………………（135）
二十八、类风湿关节炎……………………………（149）
二十九、骨性关节炎………………………………（157）
三十、系统性硬化病………………………………（163）
三十一、干燥综合征………………………………（165）
三十二、短暂性脑缺血发作………………………（168）
三十三、脑梗死……………………………………（170）
三十四、脑出血……………………………………（173）
三十五、血管性痴呆………………………………（174）

第五章　外科疾病及护理 ………………………（178）
一、痈…………………………………………………（178）
二、丹毒………………………………………………（180）
三、烧伤………………………………………………（181）
四、肿瘤………………………………………………（185）
五、甲状腺肿瘤………………………………………（191）
六、乳腺癌……………………………………………（193）
七、腹外疝……………………………………………（197）
八、胃癌………………………………………………（199）
九、肠梗阻……………………………………………（205）

十、阑尾炎…………………………………………………………（208）
十一、肝癌…………………………………………………………（213）
十二、胆道感染和胆石症………………………………………（217）
十三、胰腺疾病……………………………………………………（223）
十四、大肠、肛管疾病…………………………………………（227）
十五、下肢静脉曲张……………………………………………（232）
十六、深静脉血栓形成…………………………………………（235）
十七、食管癌………………………………………………………（237）
十八、膀胱结石……………………………………………………（241）
十九、肾癌…………………………………………………………（243）
二十、膀胱癌………………………………………………………（245）
二十一、前列腺增生……………………………………………（249）
二十二、前列腺癌………………………………………………（254）
二十三、肋骨骨折………………………………………………（257）
二十四、桡骨下端骨折…………………………………………（259）
二十五、股骨颈骨折……………………………………………（261）
二十六、颈椎病…………………………………………………（264）
二十七、肩周炎…………………………………………………（269）
二十八、腰椎间盘突出症………………………………………（273）
二十九、腰椎管狭窄症…………………………………………（278）

第六章　妇科疾病及护理 ……………………………………（281）
一、外阴炎…………………………………………………………（281）
二、前庭大腺炎……………………………………………………（283）
三、老年性阴道炎…………………………………………………（284）
四、滴虫阴道炎……………………………………………………（286）
五、念珠菌阴道炎…………………………………………………（288）

六、慢性宫颈炎…………………………………………（290）
七、急性盆腔炎…………………………………………（292）
八、慢性盆腔炎…………………………………………（296）
九、子宫脱垂……………………………………………（298）
十、子宫颈癌……………………………………………（300）
十一、子宫内膜癌………………………………………（303）
十二、卵巢肿瘤…………………………………………（305）
十三、围绝经期综合症…………………………………（308）

第一篇 保健篇

第一章 老年人生理心理变化

一、老年人生理变化

随着年龄的增长，老年人无论是外观还是生理机能，都在逐渐发生变化，即组织器官的退化和生理功能的衰退，称之为生理性老化。

【感官系统变化】

感官系统指产生感觉和知觉的重要器官，包括皮肤的感觉以及视觉、听觉、味觉、嗅觉、触觉等。这些器官的老化会给老年人的日常生活和健康带来一定的影响。

（一）皮肤

皮肤的变化往往是人老化的最早表现之一。

1. 皮肤松弛、缺乏弹性。

2. 皮肤腺体分泌减少，造成皮肤表面粗糙、干燥并缺少光泽。

3. 皮肤出现色素沉着及老年斑。

4. 皮肤血管壁增厚，管腔变窄，使血液循环受到影响，皮肤缺乏营养，再生缓慢，防御功能减退。

作为保护身体第一道防线的皮肤，担负着体温调节、排泄、吸收及保持水和电解质不被丢失的任务。上述衰老变化，使皮肤的各功能均受到影响。对外界如热、冷等一些刺激，老年人皮肤的耐受性及抵抗能力较差，寒冷季节易患感冒，炎热天气容易中暑，调节体温的能力降低。当皮肤受损伤时，其愈合能力亦有所下降。尤其长期卧床的老年人，皮肤因持续摩擦与受压更容易破损，而导致褥疮。所以要注意保护皮肤，在老年人的生活区域内（包括设施），应避免任何造成皮肤损伤的危险因素。可通过皮肤按摩，促进血液循环，增强皮肤的抵抗力。

（二）视觉

1. 外观改变。

（1）眼周围脂肪减少、肌肉弹性减弱，使眼皮皱纹增多，眼睑下垂。

（2）角膜边缘呈灰白色环状，由类脂质沉积所致，称为老人环。

2. 功能改变。

（1）调节和聚焦功能减退，不易看清近物，如书、报上的字，俗称“老花眼”；交替看远、近物时亦不能进行快速的调节。

（2）由于眼底血管硬化等原因，使视力所能看到的范围（即视野）缩小。

（3）眼睛内部结构的变化，使青光眼、白内障等老年性疾病较为多见。

为了延缓视觉老化，老年人要保持规律的生活，稳定的情

绪，避免身体疲劳与用眼过度。对已存在视力减退的老年人，要相对固定物品摆放的位置，使之易于拿取。避免直接或强光照明，少看电视，以防眼压增高，造成眼睛疾病。

（三）听觉

老年人的听神经的功能逐渐减退，辨别声音方向及声音由耳到脑传导的能力下降，听力逐渐减退，出现老年性耳聋。与老年人交谈时，要尽量避开嘈杂的环境，减慢说话速度。可教会老人每天自行做 3—4 次的手掌按压耳朵及手指按压、揉搓耳垂，通过加强保健来延缓听力下降。

（四）味、嗅觉

1. 味觉。由于味蕾数量的减少和功能退化，唾液分泌减少，使老年人对食物的敏感性降低，造成食而无味，食欲下降。

2. 嗅觉。嗅神经数量随年龄增加而减少或萎缩，使分辨气味的能力下降，表现为嗅觉迟钝。

在为老年人准备食品时，要注意颜色搭配，以刺激食欲，弥补味、嗅觉的不足。避免使用酒精类饮料或柠檬果汁，减少口腔黏膜干燥。经常用淡盐水或清水漱口，增加口腔水分。

（五）触觉

由于皮肤内的神经老化，老年人对触觉的敏感性逐渐减低，触及冷、热物，被按受压，对皮肤破损的感觉均缺乏敏锐的反应。因此要经常更换体位，防止单一姿势时间过长。加强安全防范措施，避免冻伤、烫伤及化学烧伤等意外的发生。

【呼吸系统变化】

呼吸系统包括鼻、咽、喉、气管、支气管、肺以及胸廓。其主要功能是与外界进行气体交换，维持正常的呼吸活动。随着年龄增加，老年人呼吸系统的生理功能不断下降。仅从通过

肺向组织输送氧气一项功能来看，25 岁的年轻人每分钟可输送 4 升，而 70 岁的老人只有 2 升。同时，呼吸系统的变化常易导致肺炎、哮喘、结核等老年常见病的发生。

（一）鼻

鼻道气流阻力加大，对吸入空气的加温、加湿、清洁及过滤作用减弱，降低了呼吸道的防御功能。

（二）咽

咽部肌肉萎缩，吞咽功能差，神经末梢的感觉不灵敏，咽食易呛，甚至会因团块食物被误吸入气管而发生窒息。

（三）喉

喉部软骨逐渐变脆，肌肉萎缩，使老年人声音发生变化，表现为发声的力量弱、声音颤抖等。

（四）气管、支气管

老年人的气管、支气管弹性下降，黏膜发生萎缩，黏膜纤毛运动减弱，细小支气管管腔变小甚至阻塞，使分泌物不易排出。加之支气管分泌免疫球蛋白的功能降低，细菌易停留于呼吸道，造成呼吸系统的感染。

（五）肺脏

肺泡数目减少及弹性减弱，剩余肺泡扩大，呈肺气肿样，肺脏不能充分扩张而造成肺通气不足。加之咳嗽的力量不足，分泌物易残留在肺内而造成肺部感染。

（六）胸廓

因骨质脱钙疏松，脊柱弯曲后凸而胸骨前凸，胸廓由扁形变为桶状，肋软骨弹性降低及肋骨脱钙，缩小了肋的活动度，胸廓呈僵硬状态，影响肺的通气及充气容量。

为预防老年人患呼吸系统疾病，因此，要鼓励老人参加力所能及的活动，即使卧床、行走困难也要通过协助翻身、拍

背、做深呼吸等改善呼吸功能；同时，宣传、督促老人戒烟，以去除慢性呼吸道疾病的诱因；在呼吸道感染流行时，尽量少去公共场所，发生上呼吸道感染时应及时就医以控制感染。

【心血管系统变化】

老年时期多见的健康问题常发生在心脏血管系统，并且是导致老年人丧失功能及死亡的主要原因。

（一）血管

由于血管壁增厚、变硬，扩张能力下降，血管弹性减低，血管阻力增加，心脏须加大力量才能将血液泵入血管腔，故老年人血压增高，脉搏有力。同时，神经系统调节血压的功能减退，使老年人由卧到立发生位置改变时，易出现体位性低血压而导致跌倒或受伤。

（二）心脏

随着年龄增加，老年人心脏肌肉收缩力下降，搏动间隔时间延长。安静状态下，对心脏功能的影响不明显。活动时，心脏输出血液的量则不能满足身体各脏器的需要。如脑血流量减少会出现眩晕及意识模糊的症状。

因此，识别心血管系统的症状对获得准确、及时的治疗非常重要。如自己感觉呼吸费力、“喘不过气”、不愿活动、容易疲劳，常为心脏功能衰竭的早期表现；原因不明的胸痛应鉴别是否因心肌缺血而造成的心绞痛；足背部及小腿有水肿时，应检查有无右心衰竭的发生。

【消化系统变化】

消化系统对人体的作用主要为摄取食物、吸收其中营养物质、排泄剩余的食物残渣，完成正常的新陈代谢活动。口腔、

食管、胃、肠、肝、胆、胰等器官统称为消化系统。

（一）口腔

1. 牙龈萎缩及牙齿咬合面的磨耗，使牙本质内的牙根神经外露，对冷、酸、甜等刺激敏感表现酸痛。

2. 牙槽骨萎缩，部分或全部牙齿脱落，使老年人咀嚼困难，所进食物多以易消化的软食为主，往往由于饮食不均衡而导致蛋白质、维生素及矿物质的摄入量不足。食物残渣尚可存留于牙齿的缺损处，造成龋齿、牙龈炎等。

老年人要重视口腔的卫生保健，为了清理牙缝中的残留食物，早晨及进餐后均要刷牙，牙齿脱落后要及早使用假牙，以减少对食物消化的影响。有假牙者在晚间睡前要将假牙取下，进行清洁后放入冷开水中浸泡。在尊重老年人饮食习惯的基础上，食用瘦肉、鱼类、多种蔬菜及水果，并尽量选用蒸、煮等方法进行烹调，以方便老年人咀嚼与消化。

（二）食管

1. 由于支配吞咽的神经与肌肉功能失调、衰退，老年人往往在吞咽食物时感觉咽下困难。

2. 食管的蠕动功能下降，使食物停留在食管的时间延长，同时进入胃的食物很容易逆返回食管，增加误吸入至气管的危险。

为了便于吞咽，防止误吸发生，老年人最好坐位进餐，卧床者要尽量抬高上半身。进餐时精神集中，细嚼慢咽。根据噎呛发生的情况，备好汤类或将食物加工成糊状，帮助老年人顺利进食。

（三）胃肠

1. 胃肠黏膜变薄，消化酶分泌减少，使老年人消化食物、吸收营养物质的能力减低。

2. 胃肠蠕动无力，大肠粘液分泌减少，容易发生便秘。

根据以上情况，在加工、准备老年人食品时尽量切成小块、薄片、碎末或细丝，少吃油炸、过粘的食物，以帮助食物吸收。同时，多吃粗纤维食物，摄入足够的水量，以软化粪便，刺激肠蠕动，促进粪便的排出。

（四）肝脏

肝脏对人体的作用包括储存糖原，合成蛋白质，分泌胆汁及解毒等。随着年龄的增加，老年人的肝脏逐渐缩小，肝血流量减少，致使肝脏的上述功能有不同程度的减低。例如，解毒能力下降，使老年人用药时出现的毒性作用和副作用增加；胆汁变稠，胆囊排空的时间延长，胆固醇增加，使胆囊炎症、结石的发病率增加。

要指导老年人采用低脂饮食，防止久坐久卧，保持良好的情绪，以减少胆囊炎及结石的发生。在老年人用药方面，尽量减少用药品种，听从医生的指导，按时停药或减量，切忌随意滥用药物，以减少药物在体内蓄积而出现的不良反应。

【泌尿系统变化】

泌尿系统包括肾、输尿管、膀胱及尿道，整个系统中任何一个部位出现异常，都不可避免地影响到肾的功能，使老年人出现相应的健康问题。

（一）肾脏

1. 老年人肾脏结构退化的基础是肾脏血管发生硬化，此为老年时期普遍存在的现象。硬化可波及到大小血管，肾内血管弯曲、缩短，弹性减低，管腔缩小，使肾血流量减少，肾重量减轻。

2. 肾脏功能随年龄的增加逐渐减退。

（1）尿液浓缩能力下降，改变昼夜排尿量的规律，夜间尿

量增多。

（2）体内调节水及电解质的能力下降。老年人不能很好地保存体内的水分，容易因水分不足而脱水。对电解质的调节功能亦有减退，如当身体缺钠时，机体仍按原量排出钠而不能少排，故易出现低钠血症；当身体中的钠过多时，又不能多排出，致使钠在体内潴留，增加了肺水肿或心力衰竭的危险性。

（3）排泄药物及其代谢产物的能力下降。肾脏是排泄药物及其代谢产物的主要场所。随着年龄的增加，其排泄速度减慢，药物容易蓄积在体内而出现毒性反应。

（二）膀胱

1. 肌肉萎缩是膀胱老化的主要表现，造成膀胱收缩无力，常在排尿后膀胱内仍有较多残余尿液存留，使老年人容易发生尿潴留及膀胱炎症。

2. 容量减少。如人在 50 岁以后的膀胱容量较 20 岁时减少约 40%左右，易造成尿频及尿液外溢。

（三）尿道

尿道肌肉萎缩，弹力减退，使尿液流速减慢，表现出排尿不畅或无力的症状。

针对泌尿系统老年性变化，要照顾好老年人的日常生活，提醒老人按时上厕所；及时擦浴更衣，保持床单、衣裤整洁；尽量在白天多饮水，减少夜间排尿次数以保证睡眠；维持老年人的自尊，提供心理支持；在身体条件允许时，鼓励老人参加各种锻炼活动。

【内分泌系统变化】

内分泌系统对人体的主要作用为调节新陈代谢，维持身体内环境的稳定。老年期的变化特点为内分泌器官萎缩，相应的

激素发生质与量的变化。这些变化对人的衰老有很大的影响。

（一）脑垂体

脑垂体是人体最重要的内分泌腺，可分泌多种激素。进入老年后，脑垂体的体积缩小，并呈纤维化和囊性改变，使激素分泌紊乱，相应的内分泌功能受到影响。例如，生长激素分泌减少，造成老年人体内脂肪增多，肌肉减少，体力下降。

（二）甲状腺

腺体重量减轻，功能减低，使老年人怕冷、皮肤干燥、心跳减慢、无力。

（三）肾上腺

由于肾上腺重量减轻及功能减低所致，降低了老年人对外界的适应能力和对有害刺激的应对能力，包括对偏冷、偏热、缺氧、创伤、感染等的耐受力以及运动或劳动的能力下降等。

（四）胰岛

胰岛萎缩，功能减退，使老年人糖尿病的患病率较高。

由于内分泌系统主要通过分泌激素发挥作用来保持人体正常的生理活动，因此，当功能减退时，机体的新陈代谢及全身各方面的功能活动、适应性、抵抗力等均会受到影响，表现的症状范围较为广泛，缺乏特异性。故老年人要定期进行健康检查，掌握自身器官变化的情况，生活规律，情绪稳定，发挥主观能动性，增强适应环境的能力。

【神经系统变化】

神经系统具有调节人体各器官系统功能、使人体与内外环境相适应、维持正常生命活动的重要功能。它的老化可导致全身各系统、器官的衰老，而各系统、器官的衰老又会造成神经系统的损害，结果形成神经系统较复杂的功能障碍。

（一）脑萎缩

青年时期脑重量平均为1400克。随着年龄的增加，至60岁以后，脑的重量约减轻10%，出现较明显的脑部萎缩。神经细胞数目的减少是造成萎缩的主要原因。年龄越大，神经细胞的数目越少，它实际反映了脑部老化的过程。

（二）脑动脉硬化

脑动脉的硬化随年龄增长而不断增加，血流速度逐渐减慢。由于血管硬化及一些小血栓的形成，常造成脑的硬化，从而出现如健忘、思维活动障碍、痴呆等一系列健康问题，而且容易引发脑血栓等脑血管疾病。

（三）神经递质改变

脑内神经系统可合成并释放多种形式化学传递物质，完成神经系统不同功能的活动，称之为神经递质。老年时期某些神经递质减少，会造成失眠或睡眠质量下降，面部表情淡漠，精神抑郁以及动作迟缓等。

所以对老年人来说，一方面要加强脑力活动，锻炼思维，勤于动脑，保持对生活、对外界事物的兴趣；另一方面，要补充脑部营养，多吃健脑食物，如鱼、蛋、大豆等蛋白质，核桃、花生、芝麻等脂质及小米、玉米、枣等糖类，以尽量延缓衰老的进程。

【运动系统变化】

运动是维持老年人健康所必须的。由骨、关节及肌肉构成的运动系统老化，不仅使全身运动功能降低，而且对整体工作能力及适应外界环境的能力都有很大影响，给老年人的生活带来诸多不便。

（一）骨骼

随着老年阶段的到来，骨骼内部结构逐渐发生了改变。骨

密度减低、骨骼重量减轻及变脆，常造成老年人的骨质疏松，且非常容易发生骨折。尤其在腕部、股骨颈等处的骨折更为多见。

（二）关节

老年人的关节软骨无论在弹性还是在韧性方面均有降低。不仅如此，在关节四周，骨质多有增生而形成骨刺。软骨的变化和骨刺的发生，降低了关节的灵活性，缩小了关节的活动范围，造成老年人活动障碍。

（三）肌肉的变化

肌肉会逐渐萎缩，失去弹性，肌力减退，肌肉的总重量可由原来占体重的50%减少至25%。表现出反应迟缓、动作笨拙、活动后容易疲劳以及时常有腰酸腿疼等症状。

由于运动系统老化，老年人常因步履蹒跚、行动缓慢而易于跌倒造成骨折。因此，在鼓励和允许老人尽可能自理的同时，要注意并预防老人可能发生的意外，协助老人增强自我照顾的能力。日常活动中，用大关节活动少用小关节，如外出时多使用背带书包不用手提式，用双手持重物而不只用单手等，以尽量保护关节肌肉。选择低、中运动强度的项目如慢跑、散步等进行锻炼。在饮食中注意补充牛奶、海产品等含钙丰富的食物及维生素D，延缓骨质疏松。必要时，使用合适的手杖、步行器等协助活动。

二、老年人心理保健

随着我国人口老龄化进程的加快，如何提高广大老年人生活质量和生命质量的群体水平，已逐步引起了全社会的重视。尤其是随着我国物质文化生活水平的逐步提高，老年人群体寿

命逐步增加，如何提高老年人群体的心理保健水平，使亿万老年人在身心愉快的状况下安度晚年，已成为医学研究领域研讨的重要课题之一。

老年人的心理保健和心理卫生问题，对于老年人能否有一个健康的身体和良好的心态具有非常重要的意义。传统的健康观认为，身体无病就是健康。随着现代医学模式的确立，使人们对健康的认识发生了较大的变化，新的健康观念是身心与环境处于安宁和谐的状态，是体格与心态的协调发展，即不仅要有好的躯体，而且要有最佳的心理状态。现代医学科学证明，心理健康和生理健康有着密切关系，如果心理不健康，就会严重影响生活质量，最终必然影响甚至损害躯体健康。所以要把学习心理保健知识、掌握心理保健手段、学会身心愉快地生活、树立起心理健康的新观念，作为每个老年人安度晚年、健康长寿的重要条件。心理健康是生理、心理、社会医学模式下健康概念的重要组成部分，也是老年人生活质量评价和健康测量中不可缺少的内容之一。

（一）老年人心理行为变化特点

世界卫生组织新的年龄划分法为：45 岁以下为青年，45—59 岁为中年，60—74 岁为年青的老人或老年前期，75—89 岁为老年，90 岁以上为长寿老人。进入人生的老年阶段会有以下的心理行为变化。

1. 健忘。进入老年期后智力逐渐减退，但其程度有很大差异，并且与心理因素有密切关系。有的因为本人的自信心不足，自惭形秽，自认为智力减退，而实际上并非如想象的那么严重。人的智力是逐渐下降的，一般认为 18 岁时智力达到最高水平，以后逐渐下降，50 岁时仅相当于 15 岁的智力年龄，80 岁以后下降更明显，85 岁时大约相当于儿童 5 岁 10 个月的

智力水平，由于个体的差异，所以可有10%～25%的人并不显示智力减退。老年人的记忆力下降，这也是健忘的主要因素。

2. 焦虑。抑郁随着衰老、精神情感变化日益明显，表现为内心空虚，易出现焦虑抑郁的情绪反应，常伴有自责。往往有杞人忧天之感，时有大难临头的紧张感，或是抑郁苦闷，遇到问题时缺少进取态度。在经济条件拮据的老年人门诊病人中有48%具有抑郁情绪，而身体健康、经济条件较好的老年人具有抑郁症状者也有44%，有不少人每月发作1次，持续数小时或数天之久，表现为意志消沉、烦恼、抑郁焦虑等，并对往事回忆多有自责感。

3. 情绪多变。当脑组织老化或伴有某些脑部疾病时，常有明显的情绪变化，往往失去自我控制，容易勃然大怒，难以平静下来，其情绪激动程度和所遭遇不顺心的事情之程度并不相对应。有时为周围环境及影视中有关人物的命运而悲伤或不平，迅速出现情绪高涨、低落、激动等不同程度的情绪的变化，时而天真单纯，时而激动万分等情绪多变的特征。

4. 疑病。60岁以上老年人，有半数以上会出现疑病症状。这是由于老年人的心理特点已从对外界事物的关心转向自己的躯体所致，加上这些关心会因某些主观感觉而加强，并因顽固、执拗的个性，更易出现疑病症状，常出现头部不适、耳鸣、胃肠道功能异常以及失眠等。即使稍有不适，也要向周围人去诉说。有时会过分注意报刊书籍上的一些医学常识而对照自己的不适感，常为此而心神不定，惶惶不安，甚至多次求医就诊。

5. 猜疑和嫉妒。一般认为，人进入老年期后，对周围人不信任感和自尊心增强，常计较别人的言谈举止，严重者认为

别人居心叵测，因而猜疑重重。由于生理功能减退，性欲下降，易怀疑自己配偶有不轨行为，常因之而争吵。并且由于判断力和理解力减退，常使这些想法变得更为顽固，甚至发展成为妄想。每当目睹年轻人活泼好动等性格时，常因之而嫉妒和自责。

6. 孤独感和衰老感。孤独感和衰老感是老年人常有的一种自我心理表现。因此经常组织退休老人参加社会活动，如调查研究，担任咨询顾问，参与文娱、体育和旅游活动，或参与社区街道工作，帮助子女料理家务，照顾和教育孙辈等，可以减轻老年人的孤独感和衰老感，使他们感到仍然是社会中的一位积极成员，找到借以寄托感情、解除寂寞的方法，继续为社会做贡献，从而重新得到自信和心理满足。

老年人的行为变化主要包括：器质性病变导致的行为偏异和非器质性脑部病变导致的行为偏异。非器质性脑部病变导致的行为偏异主要表现为，原来处事认真的人，可能会变得固执生硬，甚至急躁、乖僻；文雅清高的人可能会变得独善其身，对周围的人和事漠不关心；性格随和，满不在乎的人变成任性甚至粗野等等。人到老年后，由于自控力的减弱，原来比较隐蔽的性格特征可能会完全暴露出来。有的老年人性格，由和蔼可亲的变得嫌恶别人；意志坚定、作风正派的老人可能会变得轻浮庸俗；浪费或慷慨的变得吝啬贪财；脾气急躁、心直口快的变得谨慎稳重、圆滑周到等等，这些变化都是来源于性格的反常。

（二）老年心理面临角色转变的适应问题

角色转变与社会适应的矛盾，这是老年人退休后带来的矛盾。退休、离休虽然是一种正常的角色变迁，但不同职业群体的人，对离退休的心理感受大不一样。

据北京市离退休干部和退休工人对比调查显示，工人退休前后的心理感受变化不大。他们退休后摆脱了沉重的体力劳动，有更充裕的时间料理家务、消遣娱乐和结交朋友，并且有足够的退休金和公费医疗，所以内心比较满足，情绪较为稳定，社会适应良好。

但离退休干部的情况就大不相同了，这些老干部在离退休之前，有较高的社会地位和广泛的社会联系，其生活的重心是事业，退休、离休以后，生活的重心变成了家庭琐事，广泛的社会联系骤然减少，这使他们感到很不习惯、很不适应。

1. 老有所为与身心衰老的矛盾。具有较高的价值观念和理想追求的老年人，通常在离开工作岗位之后，都不甘于清闲。他们渴望在有生之年，能够再为社会多做一些工作，所谓退而不休、老有所为，便是这类老年人崇高精神追求的真实写照。

然而，很多年高志不减的老年人，身心健康状况并不理想。他们或者机体衰老严重，或者身患多种疾病，有的在感知、记忆、思维等心理能力的衰退方面，也非常明显。这样，就使得这些老年人在志向与衰老之间形成了矛盾，有的人还为此而陷入深深的苦恼和焦虑之中。

2. 老有所养与经济保障不充分的矛盾。根据国外的一些研究表明，缺乏独立的经济来源或可靠的经济保障，是老年人心理困扰的重要原因。

一般来说，由于缺乏经济收入，社会地位不高，因而使得这类老年人容易产生自卑心理。他们的性情也比较郁闷，处事小心，易于伤感。如果受到子女的歧视或抱怨，性格倔强的老年人，常常会滋生一死了之的念头。所以，老有所养与经济保障不充分的矛盾，既是社会矛盾，也是社会心理矛盾。

3. 安度晚年与意外刺激的矛盾。老年人都希望平平安安、幸福美满地度过晚年，而且大多数老年人都希望健康长寿，但这种美好愿望与实际生活中的意外打击、重大刺激，往往形成强烈的对比和深刻的矛盾。例如，一位老人突然遇到丧偶的打击，若是缺乏足够的社会支持，会很快垮掉，甚至导致早亡。据统计，丧偶老年人的死亡率，是一般老年人死亡率的 7 倍。除丧偶之外，夫妻争吵、亲友亡故、婆媳不和、突患重病等意外刺激，对老年人的心灵打击也十分严重。

（三）老年人心理健康标准的基本界定

1. 老年人心理健康的标准。我国老年心理学专家许淑莲教授将老年人心理健康的标准概括为以下 12 条：

（1）感知觉尚好，稍有衰者，可通过戴眼镜、助听器等方法弥补，判断事物不常发生错觉。

（2）记忆力良好，能轻松地记住一读而过的七位数字，可说明记忆良好。

（3）逻辑思维健全，说话不颠三倒四，回答问题条理清晰。

（4）想象力丰富，不拘泥于现有的框框，做的梦常新奇有趣。

（5）情感反映适度，积极的情绪多于消极的情绪，对事物能泰然处之。

（6）意志坚强，办事有始有终，能经得起悲伤和挫折。

（7）态度和蔼可亲，能知足常乐，能制怒。

（8）人际关系良好，乐意助人也受他人欢迎。

（9）保持学习的兴趣，能坚持某一方面不倦地学习。

（10）有正当的业余爱好，如养鱼、下棋、种花等喜好。

（11）与大多数人的心理活动基本保持一致。

（12）保持正常的行为，能坚持正常的生活、学习、工作和活动，能有效地适应社会环境变化。

2. 国外专家在老年人心理健康的标准方面研究得比较具体，他们订出了10条参考标准：

（1）有充分的安全感。

（2）充分了解自己，并能对自己的能力做恰当的估计。

（3）有切合实际的目标和理想。

（4）与现实环境保持接触。

（5）能保持个性的完整与和谐。

（6）具有从经验中学习的能力。

（7）能保持良好的人际关系。

（8）适度的情绪和控制。

（9）在不违背集体意识的前提下有限度地发挥个性。

（10）在不违反社会道德规范的情况下，能适当满足个人的基本需要。

3. 综合国内外心理学专家对老年人心理健康标准的研究，结合我国老年人的实际情况，我们认为老年人心理健康的标准基本可以从以下五个方面进行界定：

（1）在感觉和知觉方面，有正常的思维，有良好的记忆。就是说在判断事物时，基本准确，不发生错觉；在回忆往事时，记忆清晰，不发生大的遗忘；在分析问题时，条理清楚，不出现逻辑混乱；在回答问题时，能对答自如，不答非所问；在平时生活中，有比较丰富的想像力，并善于用想像力为自己设计一个愉快的奋斗目标。

（2）有健全的人格。情绪稳定，意志坚强。积极的情绪多于消极的情绪，能够正确评价自己和外界的事物，能够控制自己的行为，办事较少盲目性和冲动性。意志力表现的非常坚强，

能经得起外界事物的强烈刺激。在悲痛时能找到发泄的方法，而不至于被悲痛所压倒。在欢乐时能有节制地欢欣鼓舞，而不是得意忘形和过分激动。遇到困难时，能沉着地运用自己的意志和经验去加以克服，而不是一味地唉声叹气或怨天尤人。

（3）有良好的人际关系，乐于帮助他人，也乐于接受他人的帮助。在家中与老伴、子女、儿媳、女婿、孙子、孙女、外甥等都能保持情感上的融洽，能得到家人发自内心的理解和尊重。在外面，与过去的朋友和现在结识的朋友都能保持良好的关系。对人不求全责备，不过分要求人，对别人不是敌视态度，而从来都是以与人为善的态度出现。无论在正式群体内，还是在非正式群体内，都有集体荣誉感和社会责任感。

（4）能正确地认知社会，与大多数人的心理活动相一致。如对社会的看法、对改革的态度、对国内外形势的分析、对社会道德伦理的认识等等，都能与社会上大多数人的态度基本上保持一致。如果不是这样，那就是不接纳社会，与时代前进的步伐不能同向同步。

（5）能保持正常的行为。能坚持正常的生活、工作、学习、娱乐等活动。其一切行为符合自己在各种场合的身份和角色。

以上这五个方面只是界定老年人心理健康的基本标准。因为许多国内外专家学者从自己研究的角度提出了许多具体标准。但无论多少标准，都不约而同地认为最重要的一条是“基本正常”，即说话办事、认识问题、逻辑思维、人际交往等都在正常状态之中。只要不偏离“正常”的轨道，那么其心理健康就是达标的。

（四）心理老化的20种表现

心理学家研究表明，人类65％～90％的疾病都与心理上

的压抑有关。联合国国际劳工组织曾在报告中指出："压抑已经成为当今社会最重要的健康问题之一。"对于老年人而言，老化的情绪是形成心理压抑的重要方面。心理老化主要有以下表现：

1. 对生活经常感到空虚乏味，经常白天也需要较多的睡眠，而且要靠喝浓茶提精神。

2. 对需要付出较多脑力的工作，越来越感到力不从心。

3. 认定自己属于时代的落伍者。

4. 觉得家人及周围的人都在和自己过不去，而想超然于众人之外。

5. 对发生在自己身边的事视而不见，反应冷淡。

6. 常不厌其烦地向别人提起自己的往事，全然不顾人家愿不愿意听。

7. 当生活稍不如意时，常常会怨天尤人。

8. 当面临突发事件时，会不由自主地感到紧张无措。

9. 平日里的一切活动都是以围绕自己为中心进行的。

10. 越来越变得固执己见，自以为是。

11. 常常曲解别人的好心劝告，听不进别人的任何意见。

12. 唠叨起来没个完，而且没有心思听别人讲话。

13. 常找不到自己放置的东西，要费很大劲才能找到，记忆力明显不如以前了。

14. 常常沉湎于对往事的回忆之中，并感到不安。

15. 自感办事效率明显降低了。

16. 做某一件事时总是一拖再拖。

17. 渐渐对那些没有用途与价值的东西产生兴趣。

18. 对生活中的繁杂之事感到厌烦甚至惧怕。

19. 常找借口逃避与陌生人接触。

20. 渐渐变得感情用事，言行中的理智成分越来越少。

（五）老年期的心理特征及心理变化

进入老年期后，老年人对外界事物的感觉能力逐渐衰退，学习新事物较为缓慢，并且其注意力转移变得缓慢，注意力分配产生困难。

死记硬背比年轻时差了，但理解之后的记忆能力并没有明显退化。想像力受到经验的限制很难活跃，爱唠叨。

还可表现为：消极、抑郁，容易烦躁、悲伤、害怕、不满等，情感脆弱，生活、社交圈子变小，表现出对新的、自己不熟悉的事物、领域的畏难、畏惧、担忧，甚至拒绝等。

（六）老年期常见的社会心理问题

1. 离退休后的适应问题。

离退休对老年人的生活影响是巨大的，给老人带来了思想、生活和人际关系等方面的不适应，如何才能很好的改变这些不适应，从而过上丰富多彩，充满乐趣的离退休生活呢？应当从以下几个时期分别着手：

第一，等待期。

这个时期也就是离退休的缓冲期，随着离退休时间的临近，对离退休生活应怎样度过应该开始准备了。

第二，离退休期。

如果在等待期就做好了充分的准备，对离退休生活有较深入的了解，这一时期就不会出现严重的不适应。但是，如果等待期做的不充分，突如其来的离退休生活会让人极其不适应。学习一些老年心理卫生保健知识是会有帮助的。

第三，适应期。

一般在一到两年时间里大部分老年人都会适应离退休后的生活。越来越多的老年组织和老年团体提高了老年生活质量，有条

件的老年朋友可以参加这些团体，度过一个幸福愉快的晚年。

2. 空巢家庭老年人的孤独问题。

社会学家把家中有老人但无子女或子女都不在老人身边的家庭称作“空巢家庭”。空巢家庭可引发“空巢综合征”，其典型表现是“空巢老人”出现失落、悲伤、焦虑和孤独的心理，严重的还会引起老年人的精神障碍，患上精神疾病。

那么哪些因素可以防止“空巢家庭”老人出现“空巢综合征”呢？

首先，和谐的婚姻，老年夫妻既是双方生活中的依靠，也是精神上的支柱，良好的夫妻关系是老年生活幸福的保障。

其次，空巢老人有业余爱好，参加适度的娱乐活动和体育锻炼对缓解孤独感有很大的帮助。

第三，保持一定的社会交往。

最后要大力倡导全社会共同营造爱老敬老的氛围，关心和爱护老年人。

（七）影响老年人心理健康的因素

情绪老化是老年人对各种事物变化的一种特殊的精神反应，这种反应因人而异，表现复杂多变，严重干扰和损害老年人的生理功能、防病能力，并影响神经、免疫、内分泌及其他各系统的功能，从而加速老年人衰老和老年性疾病的发生和发展。当代老年医学研究证实，影响老年人心理健康的因素大致有三个方面：

1. 衰弱和疾病。人到 60 岁以后，体力和记忆力都会逐步下降，从而引起一系列生理和心理上的退行性变化。这种正常的衰老变化对老年人来讲是在所难免的。

老年人往往有“力不从心”的感受，并且带来一些身体不适和痛苦。尤其是高龄老人（指 80 岁以上的老年人），甚至担

心“死亡将至”而胡乱求医用药。在衰老的基础上若再加上疾病，有些老年人就会产生忧愁、恐惧心理。当然，不同心理状态的老年人，对待衰老和疾病的态度迥然不同。

2. 精神创伤。由于重大生活事件对老年人的精神创伤会使他们的生活质量、健康水平和疾病的康复产生重大影响，有些老年人因此陷入痛苦和悲伤之中不能自拔，久而久之必将有损健康。

3. 环境变化。最常见的是周围环境的突然变化，以及社会和家庭人际关系的影响。老年人对此往往不易适应，从而加速了衰老过程。

此外，过度疲劳、营养缺乏、经济欠佳、孤独空虚、死亡临近等引起的老化情绪，对老年人的心理健康也有一定的影响。

（八）老年人保持良好的身心状态的关键

1. 心明豁达，知足常乐。我们在长期的老年医学考察中发现，长寿老人往往都能做到胸怀开朗，处事热情，善解人意，他们与世无争，不易动怒，感到自己生活很充实、满足。

2. 面对现实，走出误区。老年人应积极而适量地参加一些社会活动，培养广泛的兴趣爱好（如书法、音乐、戏剧、绘画、养花、集邮等）以陶冶情操，处理好各方面的人际关系（包括家庭成员、亲朋好友等），做到与众同乐。

3. 多交知心朋友（包括青少年朋友、异性朋友），经常谈心聊天。老年人在日常生活中难免会遇到一些不愉快的事，常在知音好友中宣泄郁闷，互相安慰，交流怀古，有助于心情舒畅，对保持心理平衡起到重要的作用。

（九）维护老年人的心理健康

保持老年人的心理健康首先要满足老年人的心理需求，老

年人的心理需求一般表现为以下六个方面：

1. 工作的需求。离退休、病休的老年人多数尚有工作能力和学习要求，骤然间离开熟悉的为之奋斗多年的工作岗位肯定会产生许多想法。对这样的老年人如不给以工作和学习的机会，他们自己又不能创造这方面的条件，就会影响他们的身心健康。

2. 关爱的需求。人到老年常常会感到孤独，希望能得到社会的关心、单位的照顾、子女的孝顺、朋友的往来、老伴的体贴，使他们感到老有所依、老有所靠。

3. 和睦的需求。老年人都希望有个和睦的家庭和融洽的环境，不管家庭经济条件如何，只要年轻人尊敬、孝顺老人、家庭和睦、邻里关系融洽、互敬互爱、互帮互助，老年人就会感到温暖和幸福。

4. 安静的需求。老年人一般都喜欢安静，害怕吵闹，为他们提供一个安静的生活环境有助于身心健康。

5. 坦诚的需求。老年人容易多疑、多忧、多虑、爱唠叨。他们喜欢别人征求他的意见，愿意出谋献计。对于老年人的这些心理特点，要以诚相待，说话切忌转弯抹角。

6. 求偶的需求。丧偶的老年人独自生活倍感寂寞。子女的体贴与照顾再好也代替不了老伴的照顾，所以应该支持老年人的求偶需求。

（十）促进老年人心理健康的方法

1. 鼓励老年人多动脑筋。

2. 鼓励老年人多说话。

3. 鼓励老年人多唱歌。

4. 鼓励老年人多参加社交聚会。

5. 鼓励老年人多动手。

6. 鼓励老年人多参加户外体育活动和体育锻炼。

7. 鼓励老年人多结交朋友，特别是年轻的忘年交。

8. 鼓励老年人多投身于大自然。

9. 鼓励老年人实现年轻时的梦想。

（十一）老年人情绪自我调节的方法

老年人由于身体器官的功能减退，心理调适能力也有所下降，易发生心理障碍及身心疾病。调查资料表明，大多数老年人处于消极状态，有 27%～40%的老年人有抑郁及焦虑情绪，许多躯体疾病的发生都与心理因素有关，如胃病、高血压、心脏病等等。因此，老年人的自我心理调适非常重要，主要从四个方面着手：

1. 自我健康感。许多研究表明，高寿老人对自身健康状况的感觉都是非常好的，然而实际上高寿老人中有 70%患有躯体疾病，做到有病治病，不过分担心和关注疾病的不良后果、药物负反应等。

2. 幸福感。常言道，知足者常乐。经常自得其乐和助人为乐，会增加幸福感。通常女性满足感较男性强，这可能是女性能较男性长寿的原因之一。

3. 自我价值感。就是自尊的感觉，适度的自尊感，能激发老年人老有所为的信念，并保持乐观向上开朗积极的情绪。大多数长寿老人都有较为强烈的自尊感，男性长寿老人尤其如此。

4. 不安感。老年人由于退休后的角色转变，经济收入相对减少，以及子女婚嫁离家，配偶或自己患病等因素，容易产生不安感。日本一项调查显示，百岁老人不安感较其他年龄段的老人少。消除不安感、愉快、轻松地度过每一天，有利于健康长寿。

（十二）老年人的精神卫生问题

老年人的精神卫生问题包括以下两个方面：老年期精神疾病和老年期特有的心理问题。老年人其精神疾病包括老年性痴呆（阿尔茨海默氏病）、老年抑郁、多疑、幻觉与妄想等。

老年性痴呆（阿尔茨海默氏病）主要是由于脑动脉硬化和脑严重萎缩造成的，老年性痴呆导致智力低下，具体表现为观察力、记忆力、想像力和操作能力严重衰退，极度健忘，情绪不稳定，烦躁不安，道德情感及审美感衰退，易发脾气等。

抑郁是老年人较常见的精神异常。主要表现为情绪沮丧、孤独寂寞、思维迟钝。并且对一切事物都不感兴趣，经常自寻烦恼，甚至绝望自杀。老年人的抑郁状态常常伴有失眠、食欲不振、体重下降等症状。

多疑也是老年人较常见的一种精神异常。他们经常将与自己毫不相干的言行怀疑为是针对自己的。他们常常认为受了别人的冷落和挖苦而闷闷不乐，多疑对老年人的身心是极为不利的。

幻觉和妄想也是老年人的精神异常。老年人的幻觉以幻视与幻听居多，也有发生幻嗅、幻触等。

老年人特有的心理问题包括：心理老龄化、离退休后的心理适应、丧偶与再婚、“空巢现象”等等。

（十三）老年期的抑郁症治疗与护理

在遵医嘱按时服用抗抑郁药剂的同时，患者家人应加强护理。并对原有的躯体疾患，进行进一步的对症治疗。同时应鼓励患者多参加各种娱乐活动和体育锻炼，改善身体素质，同样也有利于病情的缓解。

老年期抑郁障碍预防原则：减轻老人的孤独，消除老年人与社会的隔绝感，增强其自我价值观念。具体措施为：

1. 鼓励老年人参加一定限度的力所能及的劳作。

2. 促进老人走出家庭，多参与集体活动，与其他老人进行交流。

3. 子女最好与老人同住，让其尽享天伦之乐，尽量避免或减少住所搬迁，以防止由于适应困难而出现的新问题。

（十四）老年性痴呆（阿尔茨海默氏病）家庭诊断

下面介绍一种极为简便的痴呆测量方法，即长谷川痴呆测量表，可以在家里自行测量。共有 11 道题：

（1）今天是哪年、哪月、哪日、星期几？

（2）这里是什么地方？

（3）您多大年纪了？

（4）您在这里住多久了？

（5）您在什么地方出生的？

（6）中华人民共和国哪年成立的？

（7）一年有多少天？

（8）中国现任总理是谁？

（9）请计算 100－7＝？ 93－7＝？

（10）我先说几个数字，请您将它们的顺序倒过来说，例如：我说“1－2”，您就说“2－1”，明白了吗？当病人理解之后，就可以开始，两次即可。

（11）现在我给您看五种东西，看完后记住它们，然后请您回忆出来刚才看见了什么东西（看过后将东西盖起来，再让病人回忆，此五种东西为火柴、勺子、手表、钥匙和硬币）。

这一方法每个题目均有相应得分：（1）3 分；（2）2.5 分；（3）2 分；（4）2.5 分；（5）2 分；（6）3.5 分；（7）3.5 分；（8）3.5 分；（9）答对一题得 2 分，两题都答对得 4 分；（10）每答对一次得 2 分，答对两次得 4 分；（11）回忆对 5 种得 3.5

分，4 种得 2.5 分，3 种得 1.5 分，2 种得 0.5 分，回忆一种或不能回忆、回忆错误得 0 分。全部正确，满分为 32.5 分。

结果判断：10 分及以下为痴呆；10.5－21.5 分为可疑痴呆；22－30.5 分为边缘状态；31－32.5 分为正常。

如果怀疑家里的老人有患老年性痴呆的可能，应及时送到医院进一步确诊，以便得到及时有效的治疗。

（十五）老年性痴呆的治疗、护理及康复

对于老年性痴呆一般采用药物治疗，包括脑循环改善剂、脑代谢改善剂和与神经递质有关的促智药。如果有冲动行为，还可适量服用治疗精神症状的药物。

1. 在护理和康复方面应注意以下几个方面：

（1）注意心理调整和护理。对于痴呆所伴发的一些精神症状和性格变化，家人应予以理解。

（2）照顾好患者的个人卫生。

（3）培养和训练生活自理能力。

（4）注意安全。

（5）注意预防和治疗躯体疾病。

2. 预防老年性痴呆，老年人应在日常生活中注意以下问题：

（1）避免危险因素，戒除不良的生活方式和饮食习惯，避免独居，学会改善和自我调节情绪。

（2）积极防治相关疾病，如高血压病、高血脂症、糖尿病等。

（3）勤动脑，对外界事物保持一定的好奇心，积极参与家庭和社会活动。

（十六）再婚引起的心理适应

1. 老年人再婚存在的心理障碍主要有以下几种：

(1) 担心被人议论，有损自己和孩子的尊严和面子。

(2) 担心再婚后双方不和谐。

(3) 担心对原配旧情难忘。

(4) 担心处理不好双方子女关系，引起家庭不和。

(5) 担心自己再婚伤害儿女的感情，失去亲情。

(6) 担心引起家庭经济纠纷，影响生活的宁静。

(7) 担心双方生活习惯不同，难以相处。

(8) 担心再次遭受丧偶的打击，增加自己的悲哀和烦恼。

2. 那么，老年人应该对再婚持什么样的态度呢？首先，老年人自己对再婚问题应慎之又慎，切不可草率从事。第二，消除顾虑，走自己的路。第三，男女双方应尽量认识接触的时间要长一点，避免由于认识时间短，婚后感情平淡，夫妻双方在性格和生活习惯等方面的诸多不和谐很快又离婚的现象。

3. 提高老年人再婚的婚姻稳定性，应注意以下几点：

(1) 要以情为主，两情相悦。

(2) 正确处理好双方子女与老伴的关系。

(3) 重视婚姻起始阶段“磨合期”。

(4) 正确对待财物问题。

(5) 正确对待再婚后性生活中出现的问题。

第二章　症状护理

一、发热

【相关知识】

体温升高至人体正常体温范围以上，临床上称体温过高，即发热。日常生活中，通常以测量口腔温度、腋下温度和直肠内温度来代表体温。

人体各部位体温受多种因素的影响，年龄、性别、情绪、运动、进食、时间、室内外环境气温变化、药物等，均可引起人体体温升高或下降。例如：随着年龄的增长，老年人体温略有下降；女性体温略高于男性；室内温度过高，人体体温可增高等。发热程度、人体温度范围与常见疾病的关系见表 2—1。

表 2—1　发热程度、人体温度范围与常见疾病

发热程度	人体温度	常见疾病
低　　热	38℃以下	结核病、甲亢、慢性胆囊炎、慢性扁桃体炎、慢性盆腔炎、慢性肝炎等
中等发热	38℃～39℃	结核病、感冒、急性阑尾炎、原发性肝癌等
高　　热	39℃～41℃	肺炎、化脓性胆囊炎、败血症、淋巴瘤等
超 高 热	超过 41℃	中暑、病毒性脑炎、输液反应及病人临终前等

【护理知识】

（一）高热病人护理要点

1. 休息，减少活动，必要时卧床。

2. 固定测温时间，记录并注意一日间体温变化。

3. 采用局部使用冷毛巾、冰袋冷敷，如额头、腋下、腹股沟、肘窝、腘窝等部位。

4. 避免被服潮湿，如有潮湿应及时更换衣服，保持床单干燥、清洁、无渣屑。

5. 增加饮水量，每日不少于 2000 毫升。

6. 增加高蛋白饮食的食入量。

7. 长期卧床病人，注意口腔清洁。避免食物残渣残留在口腔，容易造成口腔有异味，甚或感染。每日早晚必须刷牙、漱口，不能自理者，应由专业人员实施特殊口腔护理，每日 1—2 次。

8. 必要时，请专业人员实施温水擦浴或酒精擦浴。

（二）冰袋（冰囊）使用方法

1. 将冰块放入帆布袋（或木箱）内，用木槌敲成核桃大小，放入盆中用冷水冲去棱角。

2. 用勺将冰块装入冰袋（冰囊）至半满（1/2 满），将冰袋（冰囊）放于桌面上，将冰袋（冰囊）内气体驱尽。

3. 排气后扎紧冰袋（冰囊）口端，擦干冰袋（冰囊）外壁水迹。

4. 倒提冰袋（冰囊），检查无漏水后装入布套内。

5. 将冰袋带外布套放至所需部位，或冷敷部位垫薄毛巾或纱布后再放置冰袋（冰囊）。

6. 冰袋（冰囊）冷敷常用部位有额头、腋下、腹股沟、肘窝、腘窝等。上述部位皮肤薄，血管丰富，降温效果好。

7. 冰袋（冰囊）冷敷禁忌部位有胸前区、腹部、后项、足心等。因上述部位容易引起病人反射性心率减慢、腹部疼痛等症状，所以，禁忌使用。

二、便秘

【相关知识】

（一）什么是便秘

便秘是指粪便在肠腔内滞留时间超过三天以上，大量水分被肠壁吸收，导致粪便干燥、坚硬，排便不畅，甚或困难。

（二）老年人发生便秘的原因

1. 与生理改变有关。随年龄增长，老年人发生生理性改变，诸如唾液、胃液等各种消化液分泌逐渐减少，加之腹肌和骨盆肌等肌张力减弱，胃肠蠕动减慢。

2. 生活习惯不良。饮食结构不合理，饮食中缺少纤维素；饮水量不足；活动量减少或长期卧床；排便习惯不良，排便无规律，排便时间过久等。

3. 与疾病有关。糖尿病、脑血管疾病、结肠肿瘤、痴呆等精神性疾病，偏瘫等神经系统疾病，痔疮等都会导致便秘的发生。此外，不合理使用和滥用药物也会导致便秘的发生。

4. 与精神、情绪状态有关。过度紧张、焦虑、恐惧等情绪变化都会引发便秘。

（三）便秘的表现

便秘表现为粪便干硬、呈栗子样，排便困难，腹胀、腹痛，可触及腹部包块，并可伴随出现头痛、乏力、食欲不佳、舌苔变厚等。

（四）治疗原则是促进肠蠕动及增强肠道功能

【护理知识】

（一）老年人应了解影响排便的因素和有关排便的知识

（二）养成良好的排便习惯

排便有规律，定时排便，最佳时间是饭后；排便时不阅读报刊、杂志或听广播，集中精力，避免排便时间过久；排便时最好采取蹲姿，增加腹肌张力，促进肠蠕动。长期卧床病人应按时给予便器，刺激排便；提供隐蔽排便环境；最好采取坐姿或适当抬高床头，以增加腹内压利于排便。

（三）合理安排饮食

应多吃富含纤维素的食物，如蔬菜、水果、粗粮等。增加饮水量，每日饮水量 1500—2000 毫升，每天清晨喝一杯温开水或淡盐开水，每餐前饮用温开水、柠檬汁等饮料，促进肠蠕动。可常饮用蜂蜜水，利于排便。少食辛辣等刺激性食物。

（四）适当增加活动量

根据个人身体情况从事适宜老年人的活动，如散步、慢跑、做操、打太极拳等。卧床病人可进行床上活动或在他人协助下进行被动活动。

（五）保持良好精神状态

培养积极乐观的人生态度，养成健康生活方式，消除紧张因素，克服不良情绪。

（六）注意观察大便变化

正常情况下，一般成年人每日排便 1—3 次或每 2—3 日排便一次；粪便为黄褐色的成形软便；排便通畅无痛苦。

（七）腹部环形按摩

先排空尿液，可于起床前、睡觉前及排便时，用手按压腹

部，顺结肠方向从右向左环形按摩数十次，促进肠蠕动，增加腹内压力，利于排便。用手指轻压肛门后端也可促进排便。

（八）肛门用药

可软化粪便，解除便秘，适用于老年人便秘、体弱久病、长期卧床便秘者。

1. 开塞露法。使用前先将头部封口剪去，注意头端光滑，以免损伤黏膜，先挤出少许液体润滑开口处，然后患者取左侧卧位，放松肛门并做深呼吸，将开塞露头端轻轻插入肛门后将药液挤入直肠，忍耐 5—10 分钟后排便。

2. 甘油栓法。是用甘油和明胶制成的栓剂。用手捏住甘油栓的粗端将尖端轻轻插入肛门，后用手抵住肛门轻轻按摩，忍耐 5—10 分钟后排便。

3. 肥皂栓法。将肥皂削成圆锥体（长 3—4 厘米，底部直径约 1 厘米），将肥皂栓蘸取热水后轻轻放入肛门。对于有肛门黏膜破裂、损伤、肛门剧烈疼痛者，不宜使用此法通便。

（九）手抠法

当老人持续便秘，粪便干硬，无法自行排出或使用以上方法无效时，可采取手抠法。先用少许肥皂液润滑手指和肛门周围，后将手指轻插入肛门抠出干硬粪便。粪便取出后，用温水清洗肛门周围，利于肛门括约肌收缩。

（十）更严重者需在医生指导下给予灌肠

【用药知识】

在医生指导下使用口服缓泻药物：缓泻药可减少粪便水分的吸收，刺激肠蠕动。缓泻剂虽然可以暂时解除便秘，但长期使用或滥用会引起药物依赖性而出现慢性便秘。对于老年人应在医生指导下使用温和的缓泻剂。

（一）番泻叶

番泻叶含蒽醌，性苦寒。取 3—5 克泡茶饮用，服用后 8—10 小时引起排便，可伴有轻微腹部疼痛。

（二）果导片（酚酞）

每日一次，睡前服用，每次 2 片，服用后 4—8 小时可引发排便。

（三）便乃通

此药较温和。每日 2—3 次，每次 1 包，用开水泡茶服用。

（四）蜂蜜

蜂蜜营养丰富，滋肺润肠，性温和。取 20—30 毫升用温水化开饮用，每日清晨饮用最佳。

三、粪便嵌塞

【相关知识】

（一）粪便嵌塞是指粪便长期滞留于直肠内，水分被肠壁吸收，致使粪便干硬

主要是由于便秘未及时解除，水分被持续大量吸收；同时新生成的粪便不断增加，使粪便变得又硬又大不易排出，导致粪便嵌塞。因此，老年人要及时解除便秘，防止出现粪便嵌塞。

（二）粪便嵌塞表现

表现为粪便坚硬，虽有排便欲望但不能自行排便，伴有腹胀、腹痛、直肠肛门痛，可触及腹部包块，有时可见肛门有少量粪便液体渗出。

（三）治疗原则是解除便秘及增强肠道功能

【护理知识】

（一）老年人应了解产生粪便嵌塞的原因和预防措施

（二）注意观察排便情况

正常情况下，一般成年人每日排便 1—3 次或每 2—3 日排便一次；粪便为黄褐色的成形软便；排便通畅无痛苦。

（三）口服缓泻药

（四）肛门用药

可软化粪便，解除便秘。如：开塞露、栓剂等（使用方法见便秘一章）。

（五）以上均无效时，可由专业人员进行灌肠

（六）人工取便法

灌肠无效时，可由专业人员采取人工取便方法解除粪便嵌塞。在对心脏病人、脊椎损伤者进行人工取便时，要注意观察防止出现意外；操作中患者若出现心悸、头昏的情况应立即停止。

【用药知识】

在医生指导下使用口服缓泻药物：减少粪便水分的吸收，刺激肠道蠕动（药物使用方法见便秘一章）。

四、腹泻

【相关知识】

（一）腹泻是排便次数增加，粪便松散稀薄甚至呈稀水样

一般成人每日排便 1—3 次，粪便为成形软便，属于正常。由于某种原因引起肠蠕动加快，食物快速通过胃肠未被完全吸

收，水分吸收障碍；同时，肠液分泌量增加，致使粪便稀薄，造成腹泻。

（二）造成腹泻的原因

1. 饮食不当。饮食不洁或食物过敏、中毒，均会引起腹泻；老年人饮食过于油腻会增加胃肠道负担从而诱发腹泻。

2. 与疾病有关。胃肠道疾病或某些内分泌疾病如甲亢，使肠蠕动增加，引发腹泻。

3. 药物滥用。尤其是泻药的不合理使用会刺激肠道，造成腹泻。

4. 与精神因素有关。过度紧张、焦虑等情绪变化会引起肠蠕动增加，诱发腹泻。

（三）腹泻表现

排便次数增加，粪便松散稀薄或呈水样；伴有腹痛、乏力、恶心呕吐、肠鸣及排便难以控制的感觉。持续严重者还会出现水电解质紊乱、营养不良及休克现象。

【护理知识】

（一）老年人应了解有关腹泻和饮食卫生的知识

（二）合理安排饮食

注意饮食卫生，调整饮食结构。腹泻期间，进食清淡流质或半流质食物，如面汤、米汤、稀粥、果汁等；持续严重腹泻时，酌情暂时停止进食，通过肠道外给予营养；腹泻停止后短期内，进食软食，如软米饭、鸡蛋羹、菜泥等，避免辛辣、油腻、高纤维素食物，如西瓜、桃、梨等。同时，鼓励腹泻患者多饮水，补充机体流失水分。

（三）卧床休息

要减少机体热能消耗。注意腹部保暖，用 55℃～65℃的

热水袋热敷，减少肠蠕动，缓解腹泻腹痛。对于不能自理的老人，应及时使用便盆，减轻不安情绪。

（四）加强观察

1. 血压和皮肤弹性。血压下降或皮肤弹性降低，提示机体出现乏力、脱水或休克。

2. 粪便。观察粪便的颜色、性质、气味和量。留取粪便标本，协助医院诊断和治疗。

（五）保持良好精神状态

消除紧张因素，克服不良情绪。由于粪便污物和异味会使患者感到不适，因此要注意保持环境和衣服的整洁，为患者提供良好的休养环境。

（六）保护臀部皮肤

排便后，用软纸轻擦肛门，并及时用温水清洗擦干，还可在肛门周围涂凡士林或护肤油加以保护。

【用药知识】

若腹泻是由肠道感染引起,要在医生指导下使用抗生素治疗。

在医生指导下，使用止泻剂来缓解腹泻；口服补盐液或静脉补液，以防止水电解质紊乱。

五、排便失禁

【相关知识】

（一）排便失禁是由于肛门括约肌不受意识控制而发生不可控制的排便

排便失禁主要是由疾病和损伤造成，如：神经系统疾病、

胃肠道疾患、精神障碍等。

（二）排便失禁表现为患者不能控制排便

（三）治疗原则是重建排便控制能力

【护理知识】

（一）保持衣服、被褥和环境的清洁

及时清洁被粪便污染的衣服和被褥；保持室内空气的清新，消除异味，定时开窗通风，为患者创造一个良好的休养环境。

（二）注意保护局部皮肤

臀下铺橡胶单或一次性尿布便于及时更换，减少皮肤刺激。排便后及时用温水清洗肛门周围和臀部的皮肤并轻轻擦干，保持局部皮肤的干燥；可于肛门周围涂凡士林或润肤油剂加以保护。

（三）观察局部皮肤变化和排便情况

注意观察肛门周围和骶尾部皮肤变化，有无红肿、破损或溃疡等变化；按摩骶尾部皮肤，预防压疮的发生。

（四）进行排便训练，重建排便控制能力

进行肛门和盆底部肌肉的舒张训练，具体方法是：取站位、坐位或卧位，先慢慢收缩肛门肌肉再慢慢放松，每次收缩时间为 10 秒钟，连续练习 10 次后可稍作休息，再重复以上练习，每次练习时间为 20—30 分钟，每天数次，以不感到疲劳为宜。在了解排便时间和规律的基础上，定时使用便器，试行排便，刺激定时排便。

（五）心理安慰

排便失禁的病人会感到自卑、忧郁，家人应充分理解和尊重病人，并给予病人心理安慰，消除其不良情绪，树立信心，

战胜疾病。

（六）合理安排饮食

应多吃富含纤维素的食物如蔬菜、水果、粗粮等，少食辛辣和油腻食物。适当增加饮水量，每日饮水量1500—2000毫升。

六、肠胀气

【相关知识】

（一）肠胀气是指过量气体积存在胃肠道内，不能自行排出

通常情况下，胃肠道内可有大约150毫升气体存在。这些气体可通过口腔、肛门排出，也可被胃肠道吸收，不会引起不适。

（二）引发肠胀气的因素

1. 肠道疾患。肠道梗阻、肠道手术后等使气体无法排出。

2. 肠蠕动减慢。由于年龄增长和活动量减少如长期卧床病人，相对肠蠕动减少，不利于排出体内多余气体，从而引发肠胀气。

3. 进食过多产气食物或吞入过多空气。产气食物在消化过程中产生大量气体，积存于肠道内，诱发肠胀气。

（三）肠胀气的表现

肠胀气表现为腹胀、腹部痉挛性疼痛、腹部膨隆、叩诊可闻及鼓音、呃逆、肛门排气过多，严重时，可出现气急或呼吸困难等症状。

（四）治疗原则是排除气体和促进肠蠕动

【护理知识】

（一）老年人应了解引发肠胀气的因素和预防方法

（二）轻度肠胀气者可进行腹部热敷、按摩等方法，促进肠蠕动，缓解肠胀气，严重者，可在医生指导下进行药物治疗或进行肛管排气

（三）观察肠胀气症状和体征变化

治疗过程中，观察腹胀、腹痛症状有无好转，腹部膨隆有无减轻，以判断治疗效果和肠胀气程度。

（四）养成良好的饮食习惯

进食时，细嚼慢咽，勿说话，防止吞入大量气体。勿食过多产气食物或碳酸饮料，以免产生过多气体，引发肠胀气。

（五）适当增加活动量

对于老年人，由于胃肠道功能随年龄增长逐渐减弱，肠蠕动减慢，易发生肠胀气。因此，应适当增加活动如步行、骑自行车、打太极拳或从事家务劳动等，以刺激肠蠕动，减少肠胀气的发生。对于长期卧床或不能自理的病人，可进行床上的被动活动或翻身，也可达到刺激肠蠕动的目的。

七、尿失禁

【相关知识】

（一）尿失禁指排尿不受意识控制，尿液不自主流出

（二）依据产生尿失禁的原因可将尿失禁分为三个类型

1. 真性尿失禁。尿液一旦生成便不自主的流出，膀胱为空虚状态。此类尿失禁主要是由于支配排尿的神经或肌肉损

伤，多见于昏迷、脑瘤、瘫痪或手术后病人。

2. 假性尿失禁。膀胱内尿液积存达到一定压力后，才会不自主流出少量尿液。尿液排出后，膀胱内压力减低，排尿即停止，此时膀胱仍为胀满状态。

3. 压力性尿失禁。当打喷嚏、咳嗽或运动等腹肌收缩，腹内压增高时，有少量尿液不自主流出。主要由于老年人肌肉和韧带松弛或过度肥胖引起，多见于女性老年人。

（三）尿失禁主要表现为不能控制的排尿，易诱发尿道感染等疾病

（四）治疗原则是缓解症状和重建排尿功能

【护理知识】

（一）老年人应了解产生尿失禁的原因和相应的治疗护理方法

（二）查找引发尿失禁的原因和观察排尿规律

（三）观察臀部皮肤情况，有无红肿、破溃和感染征象

（四）做好卫生护理

尿失禁的老年人应经常用温水清洁外阴和肛周皮肤，勤换洗内衣裤，保持局部皮肤清洁干燥，避免感染。长期卧床或不能自理的老年病人，可铺尿垫或橡胶单，注意及时更换，排尿后用温水清洗；同时密切观察臀部皮肤，防止压疮发生。对于意识不清的老年患者，可使用外部接尿装置。男性病人可用阴茎袋连接集尿袋，接取尿液。集尿袋定时倾倒，每日取下阴茎袋和集尿袋，清洗晾干后备用，每2—3天更换一次。每日温水清洗会阴部和阴茎，防止尿道感染。女性老年患者，可用能贴紧外阴的乳胶袋接取尿液。

（五）适当摄入水分

一般病人每日白天饮水量为2000—3000毫升，以刺激膀胱，促进排尿功能的恢复，也利于预防感染发生。入睡前要适当控制饮水量，减少夜尿次数，保证睡眠质量。

（六）排尿功能恢复训练

1. 肌肉功能训练。取立位、坐位或卧位，结合深呼吸，做排便动作。先深吸气并收腹提肛，再配合深呼气，放松腹部和肛门肌肉，如此反复，每次10秒钟，连续做10次左右，每日练习数次，以不感到疲劳为宜。若个人情况允许，可酌情安排下床活动或抬腿动作，锻炼腹肌功能。

2. 膀胱训练。定时使用便器，开始时白天每隔1—2小时使用便器一次，夜间每隔3—4小时使用便器一次；以后逐渐增加间隔时间，至白天排尿3—5次，夜间排尿0—1次为佳，建立正常排尿规律，恢复排尿功能。晨起后和入睡前老年人入厕排尿；有尿意时，应立即入厕或使用便器排尿，不可憋尿。在使用便器时，双手轻轻按压下腹部，协助尿液排出。

（七）由专业人员进行导尿术

对于长期严重的尿失禁患者，可由专业人员进行无菌导尿术留置尿管，以避免尿液污染和皮肤破溃。对于留置导尿管的病人护理方法如下：

1. 预防发生感染。

（1）保持环境整洁：定期更换衣裤、床单等，保持环境整洁；每日清晨开窗通风，保持室内空气清新。

（2）消毒尿道口：每日早晚用消毒液棉球擦拭男病人的尿道口、龟头和包皮或女性患者的外阴和尿道口各一次，保持尿道口清洁，防止感染。

（3）注意观察病人反应和尿液变化：尿道口有无红肿、疼痛和破溃；病人有无发热等感染征象；尿液有无浑浊、沉淀或

结晶等情况。出现以上情况应立即查找原因给予相应治疗。

（4）适当增加饮水量：一般情况，每日饮水量应大于2500毫升。多饮水可达到冲刷尿道的作用，避免发生感染。

（5）保持导管引流通畅：勿折、勿压导管；应使集尿袋位置低于膀胱水平位置以免发生尿液逆流，诱发感染。

（6）定时倾倒集尿袋内尿液：避免集尿袋内尿液接触连接管末端，并记录尿量，每日更换集尿袋一次。

（7）对于一般导尿管每周更换一次，硅胶导尿管可酌情两周更换一次。

2. 促进膀胱功能。采用间歇开放方式进行训练。夹闭导尿管，开始时每1—2小时开放一次，后酌情延长开放间隔时间，锻炼膀胱储尿功能，促进膀胱功能恢复。

八、尿潴留

【相关知识】

（一）尿潴留是大量尿液储存于膀胱内，膀胱过度充盈，但不能自行排尿

（二）引发尿潴留的原因

1. 机械性梗阻。尿道内或尿道周围有机械性压迫阻塞，如尿道狭窄、尿路结石、肿瘤或前列腺肥大等。

2. 中枢神经系统受损。支配排尿的神经或中枢损坏，如脑髓炎、外伤或手术后的神经系统损伤等，不能形成正常的排尿反射，病人丧失自主排尿功能。

3. 其他原因。心理因素如过度紧张、焦虑等；排尿习惯改变，如不习惯床上排尿或不具备隐蔽排尿环境等；另外，腹

部疼痛、手术或身体过度衰弱病人不能自行用力排尿，造成尿潴留。

（三）尿潴留表现

表现为膀胱过度膨胀，可至脐部，可扪及腹部有囊状包块，并有压痛；病人有急迫尿意但排尿困难，并伴有下腹胀痛。

（四）治疗原则是诱导排尿，缓解症状

【护理知识】

（一）查找尿潴留的原因，根据病因给予相应治疗

积极治疗原发病，安慰病人，消除紧张、焦虑等不良情绪反应，树立战胜疾病的信心。

（二）评估尿潴留的程度和病人病情变化

（三）提供良好的排尿环境

其他人员回避，关闭门窗，适当遮挡，保持环境隐蔽。酌情播放轻松音乐，可达到放松情绪和遮盖排尿声音的目的。将便器放于便于取放的位置，消除心理顾虑。

（四）采用适当排尿体位

尽可能使老年人以习惯体位排尿，如站位、坐位或蹲位。对于卧床病人或不能自理者，可协助其抬高上身取半坐位或坐位，利于尿液排出。

（五）诱导排尿方法

可打开水龙头或反复倒水，听流水声；用温水淋洗会阴部；按摩大腿内侧；轻敲耻骨上区或轻拉阴毛等，均可达到引导排尿的目的。

（六）热敷和按摩

用热水袋或热毛巾热敷下腹部或轻压膀胱部，以协助

排尿。

（七）必要时遵医嘱用药

（八）以上方法均无效时，可由专业人员进行无菌导尿术，解除尿潴留

【用药知识】

遵医嘱由专业人员进行肌肉注射卡巴克。

第三章　日常生活护理

一、口腔卫生

【相关知识】

口腔是人体的一个重要器官，包括咀嚼食物的牙齿，帮助咀嚼及吞咽食物的舌、唇、颊、颌骨，帮助黏膜润滑及食物消化吞咽的唾液及分泌唾液的腺体，有味觉功能的味蕾等等。口腔具有吮吸功能、咀嚼功能、消化功能、味觉功能、语音功能和支撑作用。

随着老年人年龄的增加，牙齿逐渐活动、脱落，使其进食受到影响；加上老年人多数会患各种疾病，使得老年人口腔功能状况存在很大差异。

正常情况下，口腔内存有大量细菌，加之患病老年人机体抵抗力降低、活动不便、禁食、高热或长期使用抗生素等，均容易引起口腔细菌感染或霉菌感染。

老年人牙齿的改变包括由于咀嚼、刷牙等机械性摩擦造成的牙冠变短、缺损，称为牙冠磨损，以及牙髓腔变小、牙根管及根尖狭细、牙髓内血管和神经纤维数目减少、牙髓敏感性降低等。老年人牙周组织的改变包括牙龈退缩、牙槽骨萎缩等。牙龈退缩不是单独存在的，常伴有牙槽骨高度的降低，牙龈退缩和牙槽骨萎缩是相伴出现的，称为牙周萎缩。

老年人舌的变化多表现为舌背味蕾发生萎缩，味觉敏感度下降，导致进食乏味或感觉异常。口腔黏膜常表现为血管硬化、变小引起的色淡；唾液分泌减少引起的干燥；口腔黏膜上皮变薄，神经末梢密度降低，导致对刺激的抵抗力降低。如在进食热食、粗糙食物时容易受损伤，伤后愈合较慢。因此，对活动假牙的负重和摩擦的抵抗力也随之降低。

【护理知识】

（一）刷牙、漱口

1. 每日早晚各刷牙、漱口一次。

2. 牙刷的选择。毛软；三个月更换一只牙刷为宜，牙刷使用过久，牙刷毛根部容易滋生细菌。

3. 牙膏的选择。根据个人习惯可适当选择，如有口腔疾患，最好根据医嘱选用适宜的牙膏。

4. 漱口水。以温水为宜，防止过热或过冷对口腔及牙齿产生刺激。

（二）特殊口腔护理（家庭使用——买一次性特殊口腔护理包）

1. 协助病人坐位或侧卧位。

2. 准备好温开水，打开一次性特殊口腔护理包，放在病人身旁桌面上。

3. 用准备好的温开水，协助病人漱口（昏迷病人禁忌漱口）。

4. 用止血钳夹取准备好的盐水棉球擦拭口腔上腭、两侧颊部、牙齿（外面、内面、咬合面）、舌面、舌下、口底。

5. 口腔上腭、两侧颊部、舌面、舌下、口底擦拭方向：由内向外。根据口腔清洁程度，决定使用棉球的多少。一般情

况下，每个部位使用 1—2 个棉球。

6. 牙齿擦拭顺序为外面、内面、咬合面。擦拭方向：由内向外；上牙由上向下，下牙由下向上，根据牙齿清洁程度，决定使用棉球的多少。一般情况下，每个部位使用 1—2 个棉球。

7. 口腔擦拭完毕，用漱口水漱口（昏迷病人禁忌漱口）。

8. 一次性用物弃掉，非一次性漱口杯清洗后可再次使用。

（三）拔牙

1. 准备拔牙前，注意休息，特别是有高血压、冠心病的老年人，病情平稳时才能考虑拔牙。

2. 拔牙应在吃饱饭后进行，不要空腹拔牙。

（四）镶牙

1. 镶牙不宜过早，拔牙后 2—3 个月可以镶牙。过早，牙槽骨吸收不彻底，日后容易造成牙托和牙床不吻合。

2. 避免长期不镶牙。拔牙后长期不镶牙，两边邻近的牙齿向缺牙空隙偏斜，给未来镶牙造成困难；全口缺牙时间过长，长期用牙床咀嚼，牙槽骨吸收变平、变浅，使下颌骨关节处于病理状态，引起长期疼痛。

（五）假牙护理

1. 不要用假牙咬过硬的食品。

2. 取戴时动作要慢，不要用力过猛。先取上面假牙，后取下面假牙。

3. 饭后取下假牙应用清水冲净，或浸泡于清水中保存备用，或待清洁口腔后再戴上。

4. 晚上睡觉前，将假牙取下，浸泡于清水中保存备用，使口腔组织得到休息。

5. 禁忌浸泡在热水或乙醇（酒精）溶液中，以免假牙变形或老化。

6. 假牙有损害时应及时修理，以免进食时随食物吞入消化道。

二、鼻饲的护理

【相关知识】

（一）鼻饲法是指将导管经鼻腔插入胃内，经导管将流质食物、营养液、水和药物注入胃内的方法，以满足不能经口进食或病情危重的老年人对营养和治疗的需要

（二）鼻饲管的插入应由专业医务人员完成，将导管经一侧鼻孔插入，经咽、食管至胃内，一般导管插入的深度为45～55厘米

【护理知识】

（一）老年人及其家属要了解有关鼻饲饮食的护理知识

（二）注意观察鼻饲管是否在胃内及老人有无腹胀、腹痛及大便异常等消化系统功能异常表现

确认鼻饲管是否在胃内的方法：（1）取一注射器与胃管末端连接后进行抽吸，抽出无色胃液或食物残渣。（2）将胃管末端放入盛水的杯中，随呼吸无气泡产生。（3）听诊器胸件置于鼻饲者胃部，将注射器抽吸约 10 毫升空气后快速将空气注入胃管，听到气过水声，则证明胃管在胃内。

（三）常用鼻饲饮食

鼻饲饮食要多食用牛奶、豆浆、蔬菜汁、果汁、稀粥、米汤、肉汤等。对于鼻饲的老年人应注意增加维生素 C 的摄入量，如鲜橙汁、胡萝卜汁、西红柿汁等。

（四）灌注鼻饲饮食方法

1. 每次灌注食物前先检查胃管是否在胃内，再注入少量温开水检查导管是否通畅，若老年人无不适感，则可依次缓慢灌注鼻饲液或药液。

2. 灌注鼻饲液前，协助老年人取舒适体位，最好为坐位或半坐位。灌注时，动作轻柔、缓慢匀速灌注，鼻饲液量开始宜少，待老年人适应后根据机体情况酌情增加，通常每次鼻饲液量勿超过 200 毫升，鼻饲间隔时间应大于 2 小时。灌注药物时要将药片研碎溶解后灌注，以免阻塞导管。若注入果汁，要与牛奶分别灌注，以免产生凝块。鼻饲饮食温度应保持在 38℃～40℃为宜，不可过冷或过热。鼻饲过程中，注意每次灌注液未流尽前，应将导管末端反折，避免空气进入胃中引起腹胀。

3. 鼻饲液灌注完毕后，再注入少量温开水冲净导管，以防食物积存、变质，阻塞导管或引发炎症。导管末端封闭固定于枕旁或衣领处，防止导管脱落。老年人维持原体位 20—30 分钟才可平卧，以免鼻饲液被吸入肺内。

4. 长期鼻饲的老年人，应每天进行口腔和鼻腔的清洁。鼻饲管应定期更换，普通导管每周更换一次，硅胶导管每月更换一次。

三、压疮护理

【相关知识】

（一）压疮

老年人由于长期卧床或不能自理，而不能自由更换体位，使局部组织长期受压，血液循环不良，局部缺血缺氧，致使皮

肤组织发生破溃、坏死，这叫做压疮。

压疮最早称为褥疮，是一种严重的皮肤病症。压疮不仅给患者带来痛苦，而且还会加重病情，引发感染，危及生命。

（二）压疮的产生

压疮产生的最基本、最重要原因是局部组织的长期受压；另外，全身营养不良、皮肤表面潮湿不洁以及老年人皮肤老化等也是产生压疮的原因。

（三）压疮好发于缺少脂肪保护、肌肉层较薄的骨隆突处

1. 长期仰卧位好发于枕骨、肩胛骨、肘部、脊椎隆突处、骶尾部、足跟。

2. 长期侧卧位好发于耳廓、肩部、肘部、髋部、膝部、脚踝。

3. 长期坐位好发于坐骨结节。

4. 长期俯卧位好发于耳、面颊、肩部、女性乳房、男性生殖器、髂嵴、膝部、脚趾。

（四）压疮的表现，可分四期

第一期局部皮肤红、肿、热、痛或麻木；皮肤完整性未破坏。

第二期受压部位呈紫色、皮下可触及结节，受压部位水肿、皮肤表面出现水泡；局部有痛感。

第三期水泡扩大破溃，真皮层有黄色渗出物；疼痛加剧。

第四期破溃表面脓液较多、有臭味，组织发黑；破溃加深可达骨面；易引起败血症，造成全身感染。

（五）压疮重在预防，治疗中根据各期的特点给予相应处理

【护理知识】

（一）老年人应了解产生压疮的原因、好发的部位和预防

方法

（二）避免局部组织持续受压

1. 定时翻身。一般每 2 小时翻身一次；病情严重时酌情增加翻身次数，每 30 分钟翻身一次。翻身时，要抬起病人身体，避免拖、拉、拽等动作，以免造成局部组织破损。

2. 受压局部给予支托。将软枕、棉垫或棉圈等垫于受压部位下面，减轻局部压力。使用气圈时，注意充气不可过满，一般充 1/2—2/3 即可。也可使用翻身床、气垫床、水床等。

（三）注意观察受压部位皮肤，皮肤颜色、压痕或有无破损等变化

（四）保持局部皮肤的清洁干燥

每日用温水清洁皮肤，避免使用刺激性强的清洁用品，同时注意不可过力擦洗，防止损伤皮肤。清洗后，轻轻擦干，保持皮肤干燥。对于易出汗部位如腋窝、腘窝等，涂爽身粉；受压部位涂油性润肤剂，以润滑、保护皮肤。

（五）及时更换床褥、衣服、床单等用物，保持皮肤周围环境的整洁

对于病人，尤其是易出汗和大小便失禁的患者，要及时更换、清洗和晾晒被褥、衣服和床单等物品，防止皮肤受到汗、尿、便的浸渍，诱发压疮。床单应保持干燥、清洁、平整。

（六）增加营养

老年人应进食高蛋白、高热量、高纤维素食物，改善机体营养状况。研究表明，锌和维生素 C 对伤口的愈合有促进作用，应酌情增加其摄入量。

（七）增加活动

老年人应积极参加体育锻炼，如散步、慢跑、打太极拳、做体操等户外活动。活动不便或不能自理的病人可酌情进行床

上活动。

（八）局部按摩

用手掌根部蘸取50%的酒精少许后，紧贴皮肤进行轻轻按摩，每次3—5分钟。进行背部按摩时，先从臀部沿脊柱两侧向上按摩，直至肩部，再向下经腰部至骶尾部。按摩时，用力均匀以向心方向按摩，自轻而重，再自重而轻。

（九）一旦发生压疮，除做好以上工作外，还应积极给予相应治疗，促进创面愈合

皮肤表面未破的小水疱，避免摩擦，使用碘伏消毒，使其自行吸收。较大的水疱，先用碘伏消毒，再用无菌注射器抽取疱内液体，疮面用无菌纱布覆盖。破溃的疮面要保持清洁、干燥；严重者，局部疮面涂以活血化淤、祛腐生肌的中草药，并用无菌纱布覆盖加以保护。疮面过深过大或有坏死时，应每天进行无菌换药。有感染时要遵医嘱使用抗生素。

四、生命体征（体温、脉搏、呼吸、血压）测量

【相关知识】

人体患病时会表现出体温、脉搏、呼吸、血压的改变，通过测量体温、脉搏、呼吸、血压，可以使我们发现疾病的发生、发展和转归情况。

（一）体温

人体体温包括体核温度和体表温度。体核温度，即人体胸腔、腹腔、中枢神经系统的温度，正常情况下，基本保持恒定，很少受外界环境各种因素的影响；体表温度，即人体皮肤的温

度，受外界环境各种因素的影响较大，与衣物的穿着有关。

通常情况下，人们最常使用的测量体温的部位是腋窝，其他测量部位包括口腔舌下热窝和直肠。健康成人不同部位体温的平均温度见表3—1。

表3—1　健康成人不同部位体温的平均温度

测温部位	平均温度
口腔	37℃
腋下	36.7℃
直肠	37.5℃

（二）脉搏

脉搏最常使用的测量部位是桡动脉，也可测量颞动脉、颈动脉、肱动脉、股动脉、腘动脉等。

成人脉率为每分钟60～100次，老年人脉率稍慢。

（三）呼吸

测量呼吸时最常使用的观察部位：肩部、胸部或腹部起伏。

成人呼吸每分钟16～20次。

（四）血压

测量血压时最常使用的测量部位是肱动脉，也可测量桡动脉、腘动脉。成人收缩压90～140 mmHg（12～18.6 kPa），舒张压60～90 mmHg（8～12 kPa），脉压30～40 mmHg（4～5.3 kPa），成年人与老年人血压平均值对比见表3—2。

换算公式：1 kPa=7.5 mmHg。

血压值表示方法是收缩压/舒张压，如：120/80 mmHg，140/90 mmHg 等。

表 3—2 成年人与老年人血压平均值对比

年龄	平均血压值 mmHg（kPa）
成年人	120/80（16/10.7）
老年人	140～160/80～90（18.7～21.3/10.7～12）

【护理知识】

（一）体温计的使用

1. 口表（口表水银部球端细长）。

（1）使用前检查玻璃体温计，无裂痕、刻度清晰，方可使用。

（2）测量口腔温度前，被测量者不要饮用或食用过冷或过热食品，保证被测量者安静休息 15 分钟以上。

（3）将体温计内水银柱甩至 35℃以下。

（4）被测量者张口抬舌，将体温计水银端放于被测量者舌下热窝，舌下热窝位于舌系带两侧，与舌底面和口底面相连接，左右各一。被测量者将口唇紧闭，牙齿不要咬合。

（5）测量口腔温度 7—8 分钟后取出，读表。

（6）经常用口呼吸，患口腔疾病，做口鼻手术，精神异常者不适宜测量口腔温度。

（7）被测量者饮用或食用冷、热饮料或食品，以及吸烟后，应等待 30 分钟后再测量口腔温度。

2. 腋表（腋表水银部球长而略粗）。

（1）使用前检查玻璃体温计，无裂痕、刻度清晰，方可使用。

（2）测量腋下温度前，保证被测量者安静休息 15 分钟以上，被测量者腋下有汗液时应擦干腋下皮肤。

（3）将体温计水银端放于被测量者腋下处，被测量者抬高前臂、屈肘过胸，向内侧夹紧形成一个密闭的腔隙，即腋窝。

（4）测量腋窝温度 10 分钟后取出，读表。

（5）被测量者过瘦，腋窝不能包紧温度计，不适宜测量腋下温度。

（6）被测量者刚刚清洗过腋窝，应等待 10 分钟后再测量。

3. 肛表（肛表水银部球端圆钝）。

（1）使用前检查玻璃体温计，无裂痕、刻度清晰，方可使用。

（2）测量直肠温度前，保证被测量者安静休息 15 分钟以上。

（3）协助被测量者侧卧（左侧或右侧卧位），屈髋屈膝，充分暴露肛门。

（4）协助测量者一手拿手纸分开臀裂，另一手拿肛表将肛表水银端插入被测量者肛门约 4 厘米。

（5）测量直肠温度 3—5 分钟后取出，将肛表头端擦净后，读数。

（6）协助测量者必须守护被测量者，手扶肛表直至测量完毕。

（7）某些心脏病病人不适宜测量直肠内温度，如心肌梗塞病人，将肛表插入肛门时，刺激肛门后可引起迷走神经反应，导致心动过缓。

（8）直肠手术、腹泻或直肠疾患病人禁忌测量直肠温度。

体温测量实用表见表 3—3。

表 3—3　体温测量实用表

名称	测量用物	测量部位	测量时间	正常范围值	姿势
口温	口表	舌下热窝	7—8 分钟	36.3℃～37.2℃	紧闭口唇 牙齿勿咬合
腋温	腋表	腋窝	10 分钟	36.0℃～37.0℃	前臂屈肘过胸 向内夹紧
肛温	肛表	直肠	3—5 分钟	36.5℃～37.7℃	侧卧位屈髋屈 膝暴露肛门

（二）脉搏测量方法与注意事项

1. 测量脉搏前，保证被测量者安静休息 15 分钟以上。

2. 准备好带有秒针的手表或钟表，协助被测量者坐位或躺卧舒适。

3. 被测量者伸出手臂，掌心朝下。

4. 测量者用食指、中指和无名指三指前端对齐按压在被测量者桡动脉上。

5. 测量者眼睛注视手表或钟表的秒针，计数脉搏跳动 1 分钟的次数。

（三）血压测量方法与注意事项

1. 测量血压前，保证被测量者安静休息 15 分钟以上，保持环境安静。

2. 准备好血压计和听诊器，检查血压计的功能。

3. 协助被测量者坐位或仰卧位，卷衣袖露出上臂，伸开肘部稍外展，掌心向上，并将手部及前臂放于桌面或床上。

4. 放血压计于桌面或床上，打开水银槽开关。

5. 测量者将袖带贴紧被测量者皮肤，平整地缠在上臂，

袖带下缘距离肘窝 2—3 厘米。

6. 测量者戴上听诊器，将胸件放在肱动脉搏动处，稍加压固定。

7. 关闭气门，向袖带内充气至肱动脉搏动消失，再充气使汞柱上升 20～30 mmHg。

8. 以每秒 4 mmHg 的速度放气使汞柱缓慢下降。双眼平视汞柱刻度，从听诊器中听到第一声搏动音为收缩压读数，汞柱逐渐下降，当搏动音突然变弱或消失为舒张压读数。

9. 测量后，解开缠绕的袖带，排尽袖带内余气，关闭气门，整理袖带。将血压计右倾 45 度，使水银回流入槽内，关闭水银槽开关，血压计放回原位。

10. 测量过程中，测量者与被测量者勿交谈，周围环境安静、无噪音。

（四）呼吸测量方法与注意事项

1. 测量呼吸前，保证被测量者安静休息 15 分钟以上。

2. 准备好带有秒针的手表或钟表，协助被测量者坐位或躺卧舒适。

3. 测量者假装继续测量脉搏的样子，观察被测量者肩部、胸部或腹部起伏，计数 1 分钟呼吸的次数。

4. 被测量者呼吸频率过快，不易直接观察被测量者肩部、胸部或腹部起伏计数呼吸次数时，可在被测量者鼻尖部放少许棉花，观察棉花被吹动的情况计数呼吸次数。

5. 要注意保证被测量者应处于不知晓被测量呼吸的状态。

第二篇 疾 病 篇

第四章 内科疾病及护理

一、肺炎

【疾病知识】

（一）长久以来，下呼吸道感染（肺炎）一直被认为是影响老年人健康的主要问题

老年人肺炎的发病率大约是青年人的 10 倍，50%以上的肺炎患者是大于 65 岁的老年人。美国 1995 年的统计结果表明老年人肺炎列死亡原因的第 4 位，在感染性疾病中位列第一。

根据发病地点的不同，老年肺炎分为社区获得性肺炎、长期护理中心获得性肺炎和医院获得性肺炎。

（二）老年人生理结构的变化导致咳嗽和吞咽反射功能降低使气道净化能力下降，影响了肺的天然防御机制

老年人在肺脏局部防御机能减退的同时，随着年龄的老化，机体防御机能也减退。营养不良、吸烟、慢性基础疾病如慢性阻塞性肺部疾病、糖尿病、充血性心衰、恶性肿瘤、脑血

管疾病等，成为老年人肺炎高发的重要原因。

另外，老年人咽喉功能减退或受抑制，具体表现为咳嗽和吞咽反射障碍，多发生在进食和睡眠中，误吸过程中将食物或口腔中的寄生菌带入下气道，便可导致细菌感染，误吸是老年肺炎高发和难治的一个重要原因。

（三）发生肺炎后，常见的症状是咳嗽、咳痰、发热、寒战、胸疼等

老年人表现往往不典型，特别是高龄和有基础疾病的老年人，常表现为意识状态下降、嗜睡、头痛、呼吸频率增快、心动过速、食欲不振等，应特别注意。

（四）治疗原则是抗病原菌治疗

选择敏感的抗生素，最好做痰培养，老年人药物在体内代谢慢，应注意不良反应。保证充足的热量、蛋白质的摄入，维持体内电解质的平衡。

【护理知识】

（一）肺炎患者要注意卧床休息，注意补充水分，保证液体入量

（二）发热的患者应注意观察体温的变化

如果患者体温在 38.5℃以上，应给予物理降温，头部放置冰袋或额头上放一凉毛巾，用温水擦腋下及大腿根部等大血管走行处；尽量不用退烧药以防出汗过多，引起虚脱。

（三）保持气道通畅

咳痰的患者应口服或静脉使用化痰药，及时清除痰液，协助患者拍背有助痰液咳出，时间选择在晨起、餐前或睡前。

（四）饮食

患者高热期应进食高营养的清淡的流质或半流质饮食，如

牛奶、蛋羹等，也可吃些水果，恢复期可进食高蛋白高维生素的普通饮食，注意口腔卫生。保持口腔清洁，可促进食欲，预防口腔感染。

【用药知识】

1. 无基础疾病的社区获得性肺炎常用大环内酯类，青霉素类，第一代头孢菌素和喹诺酮类，如罗红霉素 0.5 克，每天 2 次，希克劳 0.25 克，每天 2 次或每天 3 次，可乐必妥 0.2 克，每天 3 次等。有基础疾病的老年人应住院治疗。

2. 抗生素治疗后 48 小时—72 小时应对病情进行评价，治疗有效表现为体温下降、症状改善、血白细胞逐渐降低或恢复正常。

3. 应用抗生素后应注意观察有无不良反应和过敏反应，如胃肠道刺激症状，皮疹等。发现皮疹应立即停药，并到医院检查。

二、慢性阻塞性肺部疾病

【疾病知识】

（一）慢性阻塞性肺部疾病主要包括慢性支气管炎和肺气肿，就是医生常说的 COPD

慢性支气管炎是指支气管壁及其周围组织的慢性非特异性炎症，以咳嗽、咳痰伴喘息以及反复发作的慢性过程为特征。每年咳痰达 3 个月以上，连续 2 年或更长时间。慢性炎症使气管腔变窄及破坏小气管壁软骨，使其失去支架作用导致弹性减退，肺泡过度膨胀、充气，同时伴有肺泡壁的破坏，使多个肺

泡融合成肺大泡形成肺气肿。

（二）慢性阻塞性肺疾病的临床表现主要是反复发作的慢性咳嗽、咳痰

一般为白色粘液或浆液性泡沫性痰，清晨咳嗽咳痰较多，合并感染时痰量增多。可有脓性痰。如果咳嗽剧烈，支气管粘膜毛细血管破裂，则可见痰中带血。病情逐渐发展，可出现活动后气短伴喘息。早期在劳动时出现，以后逐渐加重，日常活动甚至休息时也感到气短。COPD 特征性的症状就是气短或进行性呼吸困难。重症患者有胸闷和心悸。

（三）慢性阻塞性肺部疾病由于小气管的部分阻塞，气流受限，导致肺泡过度膨胀，弹性减退

大量肺泡周围的毛细血管受膨胀肺泡的挤压而退化，使肺毛细血管大量减少。也有些肺泡虽有血流通过，由于气道阻塞，肺泡通气不良，不能参与气体交换。通气和换气功能障碍，可引起缺氧和二氧化碳潴留，最终出现呼吸衰竭。

（四）治疗原则

1. 慢性阻塞性肺部疾病在急性发作期以控制感染，祛痰，解痉平喘，改善呼吸功能为主。应用抗生素控制感染应及时、有效、足量，感染控制后即停用。

2. 稳定期应长期规律性使用支气管舒张剂以预防和减轻症状。如氨茶碱缓释或控释片（舒氟美）0.1—0.2 克，早晚各 1 次。沙丁胺醇气雾剂每次 1—2 喷，24 小时不超过 8—12 喷。异丙托溴铵气雾剂，每天 3—4 次。对痰液粘稠不易咳出者可口服必嗽平或沐舒坦。

【护理知识】

1. 教育和劝导患者戒烟，改善居住环境避免任何刺激。

2. 感冒是慢性阻塞性肺部疾病急性发作的主要诱因。避免着凉，室内定时通风，禁止探访感冒患者。此外，还可用凉水洗鼻来增加鼻腔的耐寒能力。每天洗鼻 2—3 次，不仅可以清除藏匿的污垢和病菌，同时可增强鼻孔及整个上呼吸道对外界寒冷空气的适应性。

3. 进行腹式呼吸和缩唇呼气训练。进行腹式呼吸训练是通过腹肌的舒张与收缩来加强膈肌运动，提高通气量，减轻呼吸困难，提高活动耐力。将嘴唇缩成吹笛状进行缓慢呼气，目的是增加呼气时气道内压力，防止呼气时小气道过早陷闭，以利于肺泡内废气排出。

4. 运动锻炼。提高全身运动的力量和耐力，进行合适的运动锻炼，如散步、上下阶梯、太极拳、保健体操。从每次 5—10 分钟开始，逐渐增加到 20—30 分钟，每日 2—4 次。

5. 家庭氧疗。安静时氧分压低于 60mmHg 或运动后出现严重低氧血症，要进行氧疗。一般采取用鼻导管吸氧 1—3 升/分钟，每日 15 小时以上，夜间睡眠时不间歇，使氧分压达到 60—80mmHg。

6. 合理安排饮食，保证营养，提高机体免疫功能。

【用药知识】

1. 抗生素。头孢克罗（希克劳）0.25 克，每天 3 次；头孢呋辛（西力欣）0.5 克，每天 2 次；左氧氟沙星（可乐必妥）0.2 克，每天 2 次；莫西沙星 0.4 克，每天 1 次，重者可采用静脉给药。

2. 可乐必妥可使人兴奋，服药后有的人会有失眠现象，应注意第二次服药时间不宜过晚。

3. 舒氟美每天每次 0.1—0.2 克，沙丁胺醇气雾剂（万拖

林），每次 1—2 喷，每天 8—12 喷。

4. 茶碱对胃肠道有刺激作用，应在饭后半小时服用。两次服药时间间隔 12 小时，对氨茶碱过敏者禁服。

5. 美普清 25 微克，每天 2 次。喘康速气雾剂、喘乐宁气雾剂，副作用为心悸、恶心、头晕，减量或停药后消失。

三、慢性肺源性心脏病

【疾病知识】

（一）慢性肺源性心脏病简称慢性肺心病

是由肺组织血管或胸廓的慢性病变引起肺组织结构和（或）功能异常，产生肺血管阻力增加，肺动脉压力增高，使右心室扩张或（和）肥厚，伴或不伴右心功能衰竭的心脏病。

（二）约 80%～90%的慢性肺心病来源于慢性阻塞性肺部疾病

约 91.2%的患者年龄在 41 岁以上。长期反复发作的慢性阻塞性肺部疾病及支气管周围炎，可累及邻近肺小动脉，引起血管腔狭窄或纤维化，膨胀的肺泡挤压造成毛细血管管腔狭窄或闭塞等原因，导致肺血管阻力增加，产生肺动脉高压。

长期慢性的缺氧、高碳酸血症和呼吸性酸中毒使肺血管收缩，痉挛是肺动脉高压形成的重要因素。

（三）长期肺动脉高压，肺血循环阻力增加，随着病情进展，右心室肥厚、扩张，失去代偿功能导致右心功能衰竭，最后全心衰竭

（四）肺心病的表现

除慢性阻塞性肺部疾病的表现外，常有气促，活动后会有

心悸、呼吸困难，乏力和劳动耐力下降。患者失眠，但白天嗜睡，睡眠昼夜颠倒，常有头痛、食欲下降，甚至表情淡漠，神志恍惚，口唇、指（趾）甲发绀、球结膜水肿。合并右心衰竭时，会腹胀、恶心、心率快、下肢水肿，重者有腹水。

（五）治疗原则

1. 肺心病急性加重期要住院系统治疗。积极控制感染，通畅呼吸道，改善呼吸功能，纠正缺氧和二氧化碳潴留，控制呼吸和心力衰竭，积极处理并发症。

2. 缓解期的治疗以扶正固本、避免诱发因素、体育锻炼、改善呼吸功能为主。

3. 控制心力衰竭常用洋地黄类药物、利尿剂和硝酸酯类。如地高辛 0.125 毫克，每日一次，双氢克尿噻 25 毫克，每天 1—2 次，安体舒通 20 毫克，每天 1—2 次。注意钾的补充，可口服钾水或补达秀 0.5 克—1 克，每天 3 次，硝酸酯类药如索尼特 60 毫克，每晚 1 次。

4. 抗生素和改善呼吸功能药，同慢阻肺治疗。

【护理知识】

（一）肺心病患者要掌握慢性阻塞性肺部疾病的护理知识，学会有效地主动咳痰

患者可做几次深呼吸，然后在深吸气末屏气，用力咳嗽。年老体弱者，应先协助拍背。一般在晨起、餐前进行。

（二）注意痰的颜色、量和性状

痰多粘稠者可口服化痰药，如沐舒坦、稀化粘素等，也可做雾化吸入以利痰液排出。

（三）家庭氧疗

注意氧流量不宜过高，一般每分钟 1—2 升，最高不超过

每分钟 3 升。注意缺氧改善情况，一旦出现球结膜水肿，表情淡漠，甚至不能唤醒，应马上送医院救治。

（四）对于通气功能障碍的肺心病患者如合并睡眠性呼吸暂停，可应用小型呼吸机改善通气功能

当然这必须要在医务人员的指导下使用。

（五）长期服用利尿剂的患者应注意补钾

除口服补钾剂外还应在饮食上注意补充，含钾量较高的食物有桔子、瘦肉、香蕉等。

（六）食物宜清淡，以高热量富含蛋白质的食物为主，减少淀粉类食物的摄入

【用药知识】

1. 抗生素、支气管扩张剂的使用同慢阻肺。

2. 地高辛 0.125 毫克，每日一次或隔日一次口服。服药前应数脉搏，若少于 60 次/分，应停药。服药后注意有无恶心、呕吐、色视（绿视或黄视）、头晕等。一旦出现上述情况，应停药。

3. 应用利尿剂应以小剂量舒缓利尿剂为主，如双克 25 毫克，每天 1—2 次，安体舒通 20 毫克，每天 1—2 次。注意补钾，如口服钾水或补达秀。利尿剂应晨起服用，晚间服用因尿量过多影响睡眠。利尿过快造成体内脱水、呼吸道脱水，则痰液粘稠，不易咳出，加重呼吸衰竭。

4. 肺心病患者失眠时禁止服用安眠镇静剂，因其抑制呼吸，并抑制咳嗽反射，使痰液引流不畅，通气功能进一步减退，加重二氧化碳潴留，诱发肺性脑病。

四、冠心病

【疾病知识】

（一）冠状动脉粥样硬化性心脏病（简称冠心病）

这是老年人比较常见的疾病，男性多于女性，以脑力劳动者为多。冠心病的病因尚未完全明了，目前认为与高血压、高血脂症、糖尿病及吸烟、肥胖和遗传因素有关。

（二）冠心病发病原因

冠心病是由于供给心脏本身营养的冠状动脉血管的内膜发生了粥样硬化病变，使血管腔变窄或者阻塞，造成冠状动脉血流量减少、供血不足，引起心肌缺血和缺氧而发病。

（三）冠心病的主要临床表现是心绞痛

疼痛的主要部位为胸骨后部，而老年人的心绞痛表现多不典型，疼痛的部位常为心前区、上腹部、右肩、左臂、咽部和颈部等处。疼痛的特点为阵发性的前胸压榨性、闷胀样感觉，严重的可有喘不过气的窒息样感觉。疼痛还可放射到左肩或左上肢。疼痛持续的时间一般为 3—5 分钟，很少超过 15 分钟，休息或者舌下含服硝酸甘油类药物 1—2 分钟就可缓解。

（四）治疗原则是预防和治疗引起动脉粥样硬化的病因，控制心绞痛的发作

如有效地控制高血压、糖尿病，积极治疗高血脂症及戒烟等。心绞痛发作时应立即休息，含服作用较快的硝酸酯类药物，可用硝酸甘油片 0.5 毫克舌下含服或硝酸异山梨酯（消心痛）5—10 毫克舌下含服。

在平静休息时，大约 50%～70%病人的心电图是正常的，

只在心绞痛发作时心电图才有异常改变。目前，最先进的诊疗技术即冠状动脉造影，可以确定冠状动脉粥样硬化造成血管腔狭窄的部位和程度。

【护理知识】

1. 要了解心绞痛发作时的原因和缓解方式，注意疼痛的部位和表现。老年人心绞痛的发作往往不典型，可能无明显的心前区疼痛，常表现为左肩和右臂痛，伴有手指的麻木，还可能表现为胃肠道症状，如上腹部疼痛。因老年人对疼痛的感觉迟钝，故劳累或激动时可能不出现典型心绞痛，表现为气喘、憋闷感、软弱无力或疲劳感。

2. 要保持良好的心态，避免情绪激动和精神紧张。心绞痛发作时应立即休息，发作频繁时应卧床休息。饮食要少吃多餐，不要过饱，应以清淡易消化、含有丰富维生素的食物为主，多食蔬菜和水果，吸烟者戒烟。高血脂者以素食为主，限制脂肪食物，保持大便通畅，不要用力排便，因可加重心脏负担，诱发心绞痛的发作。

3. 要避免过度劳累，寒冷季节应注意保暖。可做一些适当的运动，如散步，速度不要太快，避免剧烈运动，最好进餐后一小时进行。老年病人应尽量避免洗冷水浴和泡热水澡，因可使血管收缩或扩张而诱发心绞痛，还有洗澡的时间不要太长，门不要上锁，以防发生意外。在家中服用硝酸甘油应放在固定易拿取的地方，用后放回原处。家人也应了解药的位置，以便心绞痛发作时能及时找到。外出时应带好必备药品，因硝酸甘油见光易分解，应放在棕色避光密封的金属盒内，服用时应注意药物的有效期，每半年应更换新药。

【用药知识】

1. 硝酸甘油，舌下含服，每次 0.5 毫克。

消心痛，口服，每次 5 毫克—15 毫克，每日 3 次，可长期服用。

倍他乐克，口服，每日 50 毫克—200 毫克，分 2—3 次服用。

阿司匹林，口服，50 毫克—75 毫克，每日一次服用。

2. 硝酸甘油和消心痛的副作用是头昏、头胀痛、头部跳动感、面红、心慌，老年人还容易发生体位性低血压。为避免发生明显副作用，应从小剂量开始服用，首次服用应平卧片刻，尽量避免体位变化。

倍他乐克的副作用，常见的有支气管痉挛，心脏窦房结功能障碍，使心率减慢，肢体发凉，长期服用还有失眠、多梦、低血糖、阳痿、胃肠道反应等。所以心功能不全、支气管哮喘及心动过缓病人不宜使用或应在医生指导下慎用。

阿司匹林的副作用，胃肠道反应最常见，如恶心、呕吐和上腹部不适，长期大剂量服用可引起胃肠道出血或溃疡。

五、高血压

【疾病知识】

（一）高血压是老年人最常见的心血管疾病

在绝大多数病人中，高血压的原因不明，称之为原发性高血压，又称高血压病。目前认为高血压的病因是在一定的遗传因素基础上，由于多方面后天因素作用的结果，如年龄（高血

压患病率随年龄而上升)、肥胖、不合理的饮食结构、职业与环境(脑力劳动者患病高于体力劳动者)及吸烟、持续的紧张状态等都与高血压的发病有关。

(二)发病原因

原发性高血压发病机制尚不完全清楚。目前认为是反复的精神刺激和长期的过度紧张使人的大脑皮层功能失去了调节和控制,皮层下血管运动中枢失去平衡,交感神经活动增强,而引起全身小动脉痉挛,外周血管阻力增加使血压升高。

(三)老年高血压的主要表现

1. 血压升高,老年高血压标准是收缩压≥21.3kPa(160mmhg),舒张压≥12.7kPa(96mmhg)。

2. 早期症状。在高血压初期可表现为头昏、头胀、头疼、烦躁、失眠、耳鸣及乏力等症状。

3. 晚期症状。老年高血压病人在晚期容易出现并发症,如脑血栓、脑出血、冠心病、心力衰竭、肾功能损害及眼底出血等。

(四)治疗原则

高血压患者一般需要长期甚至终身治疗。使用有效而且不引起明显副作用、不影响生活质量的降压药,使血压下降或接近正常范围,防止和减少并发症。治疗包括非药物和药物治疗。

1. 药物治疗。老年人应用降压药物因人而异,要缓慢降压。用药时最好单一药物,从最小剂量开始,药物加量时要缓而渐进,如一种药物效果不满意,可更换另一种,或加另一种药物小剂量合用,尽可能减少药物的副作用。要注意监测血压变化,防止发生心衰及体位性低血压引起的摔伤等并发症。

2. 非药物治疗。此方法可用于治疗轻型高血压，如限制食盐的摄入（每日 2 克—3.5 克）、戒烟、减轻体重及有规律的体育活动对轻型高血压均有益，如慢跑、健身操、气功、太极拳等均有一定的疗效。

【护理知识】

1. 要注意掌握血压变化的规律，每日定时测量血压，避免过大的血压波动。特别要注意头痛症状，要注意头痛的程度、持续时间，是否伴有头晕、眼花、耳鸣、恶心、呕吐等。如出现血压突然升高时，应全身放松，静卧休息，立即舌下含服或口服降压药物，稍觉缓解后即到医院就诊。

2. 要避免过度的紧张和劳累，保证合理的休息和睡眠。饮食应以低盐、低脂肪为原则，少食含胆固醇高的食物，要戒烟和避免过度饮酒。服用降压药物过程中，要注意如果从坐位起立或平卧位起立时，特别是在夜间起床小便时动作应缓慢，以免血压突然降低，引起晕厥而发生意外。必须坚持长期用药，要在医生指导下服用各种降压药。

3. 在家里自测血压时要注意用固定的血压计，测压时间要固定。测前 30 分钟不要吸烟，不饮刺激性饮料，如浓茶、可乐、咖啡。应在安静状态下休息 5 分钟再测，要连续测两次取平均值，并做好记录，以便就诊时为医生调整药量提供依据。

4. 要保持乐观向上稳定的情绪，坚持参加适当的运动，要保持生活有规律。改变不良的饮食和生活习惯，合理安排作息时间，戒烟酒，控制体重。积极治疗已有的疾病，特别是糖尿病、高血压等。服药要按时、按医生要求服用，做到定时规律、长期坚持。

【用药知识】

1. 波依定（商品名为非洛地平），口服，每次 5 毫克，每日一次。

开博通（卡托普利），口服，每次 12.5 毫克，每日三次。

寿比山（吲达帕胺），口服，每次 2.5 毫克，每日一次。

2. 波依定的副作用，在常用量时不良反应较轻，大剂量时可有头晕、头痛、呕吐、心慌、乏力及面部潮红等。

开博通的副作用常见的有皮疹，可伴有瘙痒和发热，还可有咳嗽、头晕、头痛等。

寿比山的副作用主要为消化道反应，如腹泻、食欲减退、恶心、口干，还有体位性低血压。

六、心力衰竭

【疾病知识】

（一）心功能不全也称为心力衰竭（简称心衰）

目前已成为老年人心血管常见病。心衰是多种心血管疾病的最后阶段，如心律失常、冠心病、高血压病等病情不断加重，都有可能出现心衰。

（二）心衰的发病原因

心衰是由于各种心脏疾病使心脏血流发生了异常改变，造成心肌收缩力下降，心脏排血量不足，不能满足身体代谢的需要，使身体的组织和器官血液供应不足、血流量减少，肺组织和体循环静脉发生淤血而出现心衰症状。

（三）心衰的主要表现为劳累性的呼吸困难

即在做较重的体力活动时发生，休息后缓解。随着疾病的

发展，做轻微体力活动时即可出现呼吸困难，病情严重时还可出现夜间阵发性的呼吸困难，不能平卧，咳白色泡沫痰或咳粉红色泡沫痰。慢性心衰还可表现为食欲不好、恶心、呕吐、腹痛、腹胀等，还可出现下肢水肿，常为中午后或夜间出现，休息后可消失。严重心衰卧床时水肿可发生在腰骶部和臀部。

（四）心衰的治疗原则是控制和治疗原发疾病

预防和消除心衰的诱发因素，减轻症状，提高活动耐力，延缓病情的发展。如控制高血压、治疗冠心病和糖尿病等，预防呼吸道感染及强心利尿的药物治疗。

【护理知识】

1. 老年心衰病人要学会自我监护，要了解自己的心功能情况，如有无心慌、咳嗽及出现劳累后的呼吸困难，特别要注意夜间发生的呼吸困难，是否在睡觉中突然憋醒，是否不能平卧或活动后出现心慌、气喘，甚至在休息时出现的呼吸困难。要注意体重的变化，注意下肢尤其是足踝部有无浮肿，如体重增加而没有出现浮肿也可能是心衰的早期表现。

2. 心衰病人应从合理安排休息与活动、饮食及药物配合方面加强护理。

（1）要根据自己的心功能情况安排休息与活动，可做一些轻体力劳动，如扫地、择菜等，以不出现心慌、气喘为原则。病情较重的，除日常生活要有专人照料外，应注意长期卧床带来的不良后果，如肺炎、静脉血栓、体位性低血压，还可引起食欲不好、大便干燥等。所以在心功能逐渐改善的过程中，应早期下床活动并根据自己体力恢复情况增加活动量，以不加重心衰症状为原则。

（2）饮食应为清淡、易消化、含纤维素的食物，避免饱

餐，特别注意晚饭不要吃得过饱。要限制含盐高的食物，如咸菜、腌鱼、腌肉及苏打饼干等，可用糖、醋、胡椒、葱姜等调味品来改善食欲。

（3）治疗心衰的药物主要是洋地黄和利尿剂，服用洋地黄药物时，必须按医生要求服用，不可随意增加和减少药量或者停药。服用前要数脉搏，如脉搏少于 60 次/分或出现恶心、呕吐、厌食，看东西为黄绿色时应立即停药。

当服用利尿药尿量多时，可多吃红枣、橘子、香蕉、韭菜等含钾高的食物。如出现困倦、四肢肌肉无力及腹胀、恶心等症状时，这是低钾的表现，应及时找医生给予补钾的药物。

3. 要建立有规律的生活习惯，保证充足的睡眠时间，每天做一些轻度体力活动和体育锻炼，可增强体质，提高抗病能力。平时要保持情绪稳定，避免焦虑和紧张，防止脾气急躁和发怒，避免一切过度劳累的体力活动。要戒烟酒，防止便秘。

【用药知识】

1. 地高辛，口服，每次 0.125 毫克—0.25 毫克，每日 1 次。速尿，口服，每次 20 毫克，每日 3 次。

2. 地高辛的副作用有胃肠道反应，如食欲不振、恶心、呕吐，还有心律不齐及头痛、失眠、看东西出现黄绿色等。速尿的副作用主要是大剂量使用时利尿作用增强，可发生低钾血。

七、功能性胃肠病

功能性胃肠病又称胃肠道功能紊乱，是一组胃肠综合征的总称，多伴有精神因素的背景，以胃肠道运动功能紊乱为主，常伴有失眠、焦虑、抑郁、头昏、头痛等其他功能性症状，须

经检查排除器质性病因。

功能性消化不良

【疾病知识】

（一）功能性消化不良

是指具有上腹痛、上腹胀、早饱、嗳气、食欲不振、恶心、呕吐等上腹不适症状，经检查排除引起这些症状的器质性疾病的一组临床综合征，症状可持续或反复发作，病程一般规定为超过 1 个月。精神因素和应激因素一直被认为与功能性消化不良的发病有密切关系，通常患者存在个性异常、焦虑、抑郁的心理特征。

（二）上腹痛为常见症状，疼痛多没有规律性

部分患者上腹痛与进食有关，表现为饥饿痛、进食后缓解，或表现为餐后 0.5 小时—3 小时之间腹痛持续存在；有的患者表现为有饥饿感，但进食不久即有饱感，称为早饱；腹胀多发生在餐后；早饱和上腹胀常伴有嗳气；不少患者同时伴有失眠、焦虑、抑郁、头痛、注意力不集中等精神症状。

（三）治疗分一般治疗和药物治疗

一般治疗包括建立良好的生活习惯，避免烟、酒及服用非甾体抗炎药，如布洛芬等。无特殊食谱，避免个人生活当中会诱发症状的食物。根据患者不同心理特点进行心理治疗。药物治疗中可应用抑制胃酸分泌药如雷尼替丁等，适用于以上腹痛为主要症状的患者；促胃肠动力药适用于以上腹胀、早饱、嗳气为主要症状患者，如多潘立酮、西沙必利；对小部分有幽门螺杆菌感染的功能性消化不良患者可试用根除幽门螺杆菌治疗；上述治疗欠佳而伴随精神症状明显者可试用抗抑郁药，常

用三环类抗抑郁药如阿米替林。

【护理知识】

1. 腹痛的护理。分散注意力，例如数数、说话、深呼吸等；局部热疗法，对疼痛部位用热水袋进行热敷，解除肌肉痉挛而达到止痛效果；必要时可用药物止痛。

2. 心理护理。精神因素与应激因素一直被认为与功能性消化不良的发病有密切关系，当该病治疗效果欠佳时会加重患者的精神负担。因此患者要保持积极乐观的情绪，消除紧张心理，精神放松，情绪稳定，有利于增强对疼痛的耐受性，从而减轻疼痛甚至消除疼痛。

【用药知识】

1. 多潘立酮 10 毫克，每天 3 次，或西沙必利 5—10 毫克，每天 3 次，均在餐前 15—30 分钟服用，疗程 2—8 周。

2. 西沙必利有腹鸣、稀便或腹泻、腹痛等副作用。

肠易激综合征

【疾病知识】

（一）肠易激综合征（IBS）

这是一种以腹痛或腹部不适伴随排便习惯改变为特征的功能性肠病，须经检查排除可引起这些症状的器质性疾病。目前认为精神心理障碍是肠易激综合征发病的重要因素。

（二）该病症状呈反复发作或慢性迁延，病程长，但全身健康状况不受影响

精神、饮食因素常可诱使症状复发或加重。最主要的临床

表现有腹痛，部位不定，多于排便或排气后缓解；腹泻，大便呈稀糊状，多带有粘液，部分患者腹泻与便秘交替发生。

【护理知识】

教育患者建立良好的生活习惯。避免诱发症状的食物，一般而言宜避免产气的食物如乳制品、大豆等，高纤维食物有助改善便秘。

【用药知识】

1. 胃肠解痉药。抗胆碱药可作为症状重的腹痛的短期对症治疗；钙通道阻滞剂如硝苯地平对腹痛、腹泻有一定疗效，匹维溴胺是选择性作用于胃肠道平滑肌的钙通道阻滞剂，副作用少，用法为50毫克，每天3次。

2. 止泻药。洛哌叮胺或复方地芬诺酯止泻效果好，适用于腹泻症状较重者，但不宜长期使用。一般的腹泻可使用思密达、药用炭等。

3. 泻药。对便秘型患者酌情使用泻药。欧车前子制剂和天然高分子多聚糖为半纤维素或亲水胶体，有强大亲水性，在肠腔内吸水膨胀，起到促进肠蠕动，软化大便的作用。

4. 抗抑郁药。对腹痛、腹泻症状重而上述治疗无效且精神症状明显者可试用。

八、慢性腹泻

【疾病知识】

（一）腹泻

是指排便次数明显超过平日习惯的频率，粪质稀薄，每日排便量超过 200 克，或含未消化食物或脓血。慢性腹泻指病程在两个月以上的腹泻或间歇期在 2—4 周内的复发性腹泻。

（二）腹泻的发生有四种情况

（1）当摄入的食物是浓缩的如摄入浓肉汤等，则肠腔内的渗透压高于血浆，血浆内的水分进入肠腔，肠腔存留的大量液体可刺激肠运动而致腹泻。（2）当一些肠粘膜有弥漫性损伤等疾病时，由于水、电解质吸收障碍而发生腹泻。（3）当肠道分泌能力超过吸收能力时导致腹泻。（4）许多药物、疾病和胃肠道手术可改变肠道正常的运动功能，促进肠蠕动，使肠内容物过快地通过肠腔，与粘膜接触时间过短，从而影响消化和吸收，发生腹泻。

（三）慢性腹泻按病因。可分为肠道感染性疾病、肠道肿瘤、小肠吸收不良、非感染性肠道炎症等

（四）不同原因导致的腹泻其临床表现也不同

病变位于直肠或乙状结肠，患者多有便意频繁和里急后重，每次排粪量少，粪色较深，多呈粘冻状，可混有血液；小肠病变的腹泻无里急后重，粪便稀烂呈液状，色较淡；小肠吸收不良者，粪呈油腻状，多泡沫，有恶臭；慢性痢疾、血吸虫病、溃疡型结肠炎引起的腹泻，每日排便不过数次，粪便常带脓血。

（五）慢性腹泻的治疗分病因治疗和对症治疗

如由感染引起的腹泻必须抗感染治疗，高渗性腹泻应停用造成高渗的食物或药物等。对症治疗包括止泻药（活性炭、鞣酸蛋白、次碳酸铋、氢氧化铝凝胶）、解痉止痛剂（阿托品、山莨菪碱、普鲁卡因等）、镇静药（安定、苯巴比妥类药物）。

【护理知识】

1. 饮食指导。饮食以少渣、易消化食物为主，避免生冷、多纤维、味道浓烈的刺激性食物。急性腹泻应根据医嘱，暂时禁食，或进流质、半流质、软食等。老年人营养不良比较普遍，临床统计资料表明，60 岁以上的老人中，20%左右患有营养不良；70 岁以上的老人中，约有 40%患有不同程度的贫血。营养不良的人没有足够的糖、蛋白质、脂肪在体内转化为葡萄糖来维持血糖浓度，当血糖低于每升 3 毫摩尔时，病人就会出现出虚汗、心悸、乏力、头昏、面色苍白、晕厥等一系列低血糖反应，有的甚至还能诱发心脑血管意外而危及生命。此外，腹泻时禁食还会引起体内营养素缺乏，延缓肠道病变的修复，从而减少对营养物质的吸收利用，形成恶性循环。因此，腹泻时应适当补充一些营养丰富而容易消化的食物，如藕粉、鸡蛋面糊、豆浆、细面条、豆腐脑、大米莲子粥、小米扁豆粥、薄皮馄饨等，并应做到少食多餐、细嚼慢咽，以利营养素被机体消化吸收。老人腹泻时常有不同程度的脱水，因此，还应鼓励病人多喝淡盐开水、菜汤、米汤、绿豆汤、西瓜汁等，以补充损失的水分和无机盐，维持体内酸碱平衡，促进早日康复。

2. 活动与休息。急性起病、全身症状明显的病人应卧床休息，注意腹部保暖，可用热水袋热敷腹部。慢性轻症者可适当活动。

3. 肛周皮肤护理。排便频繁时，因粪便刺激，可使肛周皮肤损伤，引起糜烂及感染。排便后应用温水清洗肛周，保持清洁干燥，涂无菌凡士林或抗生素软膏以保护肛周皮肤，促进损伤处愈合。

4. 心理指导。要对治疗有信心，保持乐观情绪，积极配

合各项检查和治疗。

【用药知识】

1. 止泻药可用复方苯乙哌啶，每次1—2片，每天2—4次，此药不宜与巴比妥类、阿片类药物合用。洛哌叮胺初服4毫克，以后调整剂量至大便次数减至每天1—2次，每天不超过8毫克。

2. 应用止泻药时注意观察排便情况，腹泻得到控制时及时停药。应用解痉止痛剂如阿托品时，注意药物副作用如口干、视力模糊、心动过速等。

九、胃食管反流病

【疾病知识】

（一）胃食管反流病是指过多胃、十二指肠内容物反流入食管引起烧心等症状，并可导致食管炎和咽、喉、气道等食管以外的组织损害

胃食管反流病是由多种因素造成的消化道蠕动障碍性疾病，其发病是抗反流防御机制下降和反流物对食管粘膜攻击作用的结果。

（二）内镜下可看到食管有不同程度的水肿、潮红、糜烂、溃疡、增厚转白、瘢痕狭窄

当食管与胃交界的齿状线2厘米以上出现柱状上皮替代鳞状上皮时称Barrett食管，是食管腺癌的主要癌前病变，其腺癌的发生率较正常人高30—50倍。

（三）患者表现以反流症状为主

有反酸、反食、反胃、嗳气等，多在餐后明显或加重，平躺或身体前屈时易出现；当反流物刺激食管时可引起烧心、胸痛和吞咽困难；少部分患者以咳嗽、哮喘为主要表现，反流物刺激咽喉部可引起咽喉炎。

反流性食管炎患者，因食管粘膜炎症、糜烂及溃疡可以导致上消化道出血；当炎症反复发作时可致纤维组织增生，导致食管狭窄，这是严重食管炎表现；Barrett 食管也是反流性食管炎的一个并发症，它是主要癌前病变。

（四）胃食管反流病的治疗目的是控制症状、减少复发和防止并发症，达到治愈的目标

目前对于该病的药物治疗多主张采用递减法，即一开始首先使用质子泵抑制剂加促胃肠动力药，以求迅速控制症状，快速治愈食管炎，待症状好转后再减量维持。促胃肠动力药主要是西沙必利，适用于轻、中症患者；H_2 受体拮抗剂如雷尼替丁、西咪替丁能抑制胃酸分泌，适用于轻、中症患者；质子泵抑制剂如奥美拉唑、兰索拉唑抑酸作用很强，特别适用于症状重、有严重食管炎的患者。因胃食管反流病有复发倾向，所以应维持治疗，上述三种药均可用于维持治疗，以质子泵抑制剂效果最好。部分患者可进行抗反流手术治疗，尤其是由反流引起的严重呼吸道疾病。

【护理知识】

1. 改变生活方式与饮食习惯。为减少卧位及夜间反流可将床头抬高 15—20 厘米。避免睡前 2 小时进食，白天进餐后不宜立即卧床休息。注意减少一切引起腹压增高的因素，如肥胖、便秘、紧束腰带等。避免食用使食管下端括约肌张力降低的食物，如油腻食品、巧克力、咖啡、浓茶等，应戒烟及禁酒。

2. 药物应用。合并心血管疾病时服用硝酸甘油或钙通道阻滞剂可加重反流症状，应适当避免。一些支气管哮喘患者如合并胃食管反流可加重或诱发哮喘症状，尽量避免应用茶碱及受体激动剂，并加用抗反流治疗。

【用药知识】

1. 西沙必利常用量为一次 5—15 毫克，每日 3—4 次，疗程 8—12 周。

2. H_2 受体拮抗剂可按治疗消化性溃疡常规用量，疗程为 8—12 周。

3. 质子泵抑制剂按治疗消化性溃疡常规用量，疗程为 4—8 周。

十、慢性胃炎

【疾病知识】

（一）慢性胃炎是由多种原因引起的胃粘膜慢性炎症性病变

慢性胃炎可使腺体破坏和减少（萎缩），随着病情的进展，可使胃腺细胞肠腺化生，并使胃小凹处上皮增生，形成不典型增生，中度以上不典型增生被认为是癌前病变。

（二）按病变解剖部位分为慢性胃窦炎和慢性胃体炎

慢性胃窦炎最常见，绝大多数（90%）由幽门螺杆菌（Hp）感染所引起，少数由其他病因（如胆汁反流、消炎药物、吸烟、嗜酒等）所致。炎症可逐渐由浅变深、变重形成慢性萎缩性胃炎。慢性胃体炎主要由自身免疫反应引起，导致胃酸分泌减少乃至缺失，也可影响维生素 B_{12} 的吸收，可导致恶性贫血。

（三）慢性胃炎病程迁延，大多无明显症状

部分患者有消化不良的表现，包括上腹饱胀不适、无规律性上腹隐痛、嗳气、反酸、恶心、呕吐等。慢性胃体炎病人可出现明显厌食、体重减轻和贫血。

（四）胃镜及胃粘膜活组织检查是最可靠的诊断方法

其他检查包括胃液分析、血清学检查和 Hp 检测。

（五）对于 Hp 感染引起的慢性胃窦炎，应做灭菌治疗

多采用的治疗方案为胶体次枸橼酸铋（CBS）与抗菌药物联合应用；对未能检出 Hp 的慢性胃窦炎应根据病因具体处理；慢性胃体炎无特异治疗，有恶性贫血时可注射维生素 B_{12}；有胃粘膜肠上皮化生和不典型增生者，可服用β胡萝卜素、维生素 C 以及叶酸帮助其逆转。

【护理知识】

1. 休息与活动。急性发作时应卧床休息，可用转移注意力、做深呼吸等方法来减轻焦虑、缓解疼痛。病情缓解时，进行适当的体育锻炼，以增强机体抵抗力。

2. 制定饮食计划。鼓励病人少量多餐，予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食，避免摄入过咸、过甜、过辣的刺激性食物。

3. 用药护理。胶体次枸橼酸铋（CBS）为常用制剂，因其在酸性环境中方起作用，故宜在餐前半小时服用。服 CBS 过程中可使牙齿、舌变黑，可用吸管直接吸入。部分病人服药后出现便秘和大便呈黑色，停药后自行消失。

【用药知识】

1. 胶体次枸橼酸铋，口服，每次 240 毫克，每日 2 次，

与阿莫西林（每次500—1000毫克，每日2次）及甲硝唑（每次200毫克，每日4次）三药联用，2周为一个疗程。

2. 部分病人在服胶体铋后出现便秘和大便呈黑色，停药后可自行消失。少数病人有恶心、一过性血清转氨酶升高等，极少出现肾功能衰竭。阿莫西林服用前应询问病人有无青霉素过敏史，应用过程中应注意有无过敏反应，如出现皮疹。甲硝唑可引起恶心、呕吐等胃肠道反应。

十一、消化性溃疡

【疾病知识】

（一）消化性溃疡主要是指发生在胃和十二指肠球部的慢性溃疡，也分别称为胃溃疡和十二指肠溃疡

十二指肠溃疡好发于青壮年，胃溃疡的发病年龄较迟，平均晚10年。消化性溃疡的发作有季节性，秋冬和冬春交替之时远比夏季常见。

（二）对于此病比较明确的病因为幽门螺杆菌感染、服用非甾体消炎药（如阿司匹林）以及胃酸分泌过多

消化性溃疡的发病过程十分复杂，但可概括为两种力量之间的抗衡，一是损伤粘膜的侵袭力即胃酸/胃蛋白酶的消化作用，二是粘膜自身的防卫力，侵袭力过强、防卫力过低或侵袭力超过防卫力时，就会产生溃疡。溃疡一般为单个，也可多个，呈圆形或椭圆形，直径多小于10毫米。

（三）多数消化性溃疡有慢性过程、周期性发作和节律性疼痛的特点

其发作常与不良精神刺激、情绪波动、饮食失调等有关。

上腹部疼痛是本病的主要症状，可为钝痛、灼痛、胀痛甚至剧痛，或呈饥饿样不适感。多数病人疼痛有典型的节律性，与进食有关。十二指肠溃疡的疼痛常在餐后3—4小时开始出现，如不服药或进食则持续至下次进餐后才缓解，即有疼痛——进餐——缓解的规律，故又称空腹痛。约半数病人于午夜出现疼痛，称午夜痛。胃溃疡的疼痛多在餐后30分钟—1小时出现，至下次餐前自行消失，即有进餐——疼痛——缓解的规律。午夜痛也可发生，但较少见。消化性溃疡除上腹疼痛外，尚可有反酸、嗳气、恶心、呕吐、食欲减退等消化不良症状。

（四）消化性溃疡可并发出血、穿孔、幽门梗阻

有极少数的胃溃疡病人可发生癌变，癌变率在1%以下。

（五）本病治疗在于消除病因、控制症状、愈合溃疡、防止复发和避免并发症

根除幽门螺杆菌常采用三联疗法，如枸橼酸铋钾、阿莫西林、甲硝唑联合应用；抑制胃酸分泌的药物有西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁及奥美拉唑等；保护胃粘膜常用硫糖铝和枸橼酸铋钾；对于大量出血经内科紧急处理无效、急性穿孔、瘢痕性幽门梗阻、内科治疗无效的顽固性溃疡及胃溃疡疑有癌变者可进行手术治疗。

【护理知识】

1. 认识和去除病因。停用阿司匹林等非甾体类抗炎药物，避免暴饮暴食和食用刺激性饮食，戒烟酒。

2. 疼痛护理。如果疼痛特点为空腹痛或午夜痛，可准备制酸性食物（苏打饼干等）在疼痛前进食，或服用制酸剂以防疼痛，也可局部热敷或针灸止痛，症状较重时应卧床休息以缓解疼痛。

3. 饮食调理。养成定时进餐的习惯，在溃疡活动期要少食多餐，饮食不宜过饱，进餐时注意细嚼慢咽。选择营养丰富，易于消化的食物，避免食用机械性刺激强的食物（生、冷、硬、粗纤维多的蔬菜、水果）和化学性刺激强的食物（如浓肉汤、咖啡、浓茶和辣椒、酸醋等）。

【用药知识】

1. 抗酸药如氢氧化铝凝胶在饭后 1 小时和睡前服用，要避免和奶制品同时服用；西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁在餐中或餐后即刻服用，如同时服用抗酸药，两药应间隔 1 小时以上；硫糖铝片宜在进餐前 1 小时服用。

2. 氢氧化铝凝胶能引起磷缺乏症，表现为食欲不振、软弱无力等症状；西咪替丁可产生男性乳腺发育、阳痿及性功能紊乱，少数病人还可出现头痛、头晕、疲倦及皮疹等反应；奥美拉唑可引起头晕；硫糖铝可有便秘、口干、皮疹、眩晕、嗜睡等不良反应，因其含糖量高，糖尿病病人应慎用。

十二、肠结核

【疾病知识】

（一）肠结核是结核杆菌侵犯肠道引起的慢性特异性感染

肠结核在发展中国家发病率较高，多见于青壮年，女性略多于男性。

（二）肠结核可经三种途径感染人体

1. 经口感染：是结核杆菌侵犯肠道的主要途径。患者多有开放性肺结核或喉结核，因经常吞咽含结核杆菌的痰液而致病，

或经常和开放性肺结核病人共餐，忽视消毒隔离也可致病。

2. 血行播散：肠外结核病灶中结核菌进入血液，经血行播散侵犯肠道，多见于粟粒型肺结核。

3. 直接蔓延：由腹腔内结核病灶如女性生殖器结核直接蔓延侵犯肠道。

（三）肠结核多数起病缓慢，病程较长

腹痛是典型的临床表现，主要是右下腹隐痛或钝痛，也有上腹或脐周牵涉痛，进食易诱发或加重，出现腹痛与排便，便后疼痛缓解，因而有进食——疼痛——便后缓解的规律。病发肠梗阻时，有腹部绞痛，伴腹胀。部分病人有腹泻，每日排便2—4次，粪便呈稀糊样，不含粘液或脓血。当胃肠功能紊乱时也可有便秘，表现为腹泻与便秘交替存在。也有部分病人以便秘为主要表现。部分病人腹部可触到肿块，位于右下腹，一般比较固定，中等质地，伴轻度或中度压痛。除上述腹部症状外，还有午后低热、盗汗、倦怠、消瘦、苍白等全身表现，医学上称为结核毒血症状。可同时有肠外结核特别是活动性肺结核的临床表现。增生型肠结核病程较长，全身情况一般较好。

【护理知识】

1. 要保证充足的营养供给。给予高热量、高蛋白、高维生素易于消化的食物。对于严重营养不良的病人，应进行静脉营养治疗，以满足机体代谢需要。每周测量体重，监测营养指标，评价营养状况。

2. 加强卫生宣教。肺结核病人不可吞咽痰液，提倡专筷进餐，牛奶应灭菌后饮用。

3. 应坚持抗结核治疗。保证剂量和疗程，注意药物不良反应的监测。

4. 生活规律，劳逸结合，保持良好心态，以增强机体抵抗力。

【用药知识】

1. 多采用短程化疗，疗程 6—9 个月，一般用异烟肼与利福平两种杀菌药联合。

2. 常规用量的异烟肼和利福平在细胞内外都能起到杀菌作用，为全杀菌剂。

3. 异烟肼的主要不良反应为周围神经炎，偶尔会有肝功能损害；利福平有时可能会发生肝功能损害、过敏反应等。

十三、慢性肝炎

肝发生炎症及肝细胞坏死持续 6 个月以上称为慢性肝炎。根据病因可将肝炎分为慢性病毒性肝炎、自身免疫性肝炎、酒精性肝炎、药物性肝炎等。乙型肝炎病毒（HBV）和丙型肝炎病毒（HCV）是慢性病毒性肝炎的主要病因。

【疾病知识】

（一）慢性乙型病毒性肝炎是指乙型肝炎病毒（HBV）持续感染引起的肝脏慢性炎症坏死性疾病

具有传染性强，传播途径复杂，流行广泛，发病率较高特点。以青壮年男性居多，但由于老年人生理发生变化，因此老年人感染病毒性肝炎后有其特点。

（二）慢性乙型肝炎，起病缓慢或隐匿，多数无明显急性肝炎史，常在婴幼儿时期感染

少数急性起病会持久不愈。轻度患者无明显症状，仅在体

检时发现肝大或肝功能异常。常见症状为乏力、全身不适、食欲减退、肝区不适或疼痛、腹胀、失眠、低热等。体检发现面部颜色往往晦暗，巩膜常黄染，有蜘蛛痣及肝掌。病情严重者黄疸加深、腹水、下肢浮肿、出血倾向及肝性脑病。慢性肝炎还有一些肝外的临床表现：皮疹、关节炎、结节性多动脉炎、胸膜炎、肾小球肾炎、血管炎，可有停经或月经改变等内分泌紊乱。老年人反应迟钝，临床症状常不典型，往往黄疸症状已很明显，被别人发现，而自己却全然不知，常造成延误诊断。另外，老年人肝脏再生代偿功能差，易转为重症肝炎，死亡率可高达32%～80%。

（三）本病治疗分抗病毒治疗、护肝药物治疗和中医药治疗

抗病毒治疗的目的是抑制病毒复制，缓解肝细胞损伤，防止肝硬化及原发性肝癌的发生，提高生存率。常用的抗病毒药物有干扰素、拉米呋定、泛昔洛韦、阿地福韦等。护肝药物水飞蓟素具有保护肝细胞膜作用，可口服3—6个月。多烯磷脂酰胆碱有保护肝细胞膜及DNA作用，可口服和静脉注射。中医的辨证治疗对改善症状及肝功能有较好疗效，对病毒的作用尚未肯定。

【护理知识】

1. 活动期应住院治疗，卧床休息，病情好转后，可适当增加活动。

2. 加强营养。肝炎病人食欲不佳，其饮食应以清淡为主，不宜吃大量的蛋白类食物和过量的糖，如高脂肪、高蛋白、高糖，不但不能达到营养的目的，反而易产生有害代谢物质，增加肝脏负担。如果热量摄入过多，疗养期间活动减少，会使体重增加，可能造成脂肪肝使转氨酶升高而长期不降。肝炎急性

期应该设法增加食欲；恢复期应该注意饮食营养，给予多种维生素，严禁烟酒，因酒精和烟草中的有害物质可加重肝细胞的坏死。迁延性、慢性肝炎患者要注意每餐都应有蛋白质供应，每次量不要太多，各类维生素也要保证供给。慢性肝炎病人有糖尿病趋向者，注意不要吃糖太多，以免诱发糖尿病。

3. 自我预防病毒性肝炎。老年人免疫功能减退，在相同情况下接触等量的病毒，老年人即可发病，而年轻人可能安然无恙。因此做好预防对老年人非常重要。要注意以下几个方面：

（1）注意卫生，饭前便后要洗手，如可以应使用75%的酒精、含氯消毒剂或TD等消毒剂消毒。

（2）注意饮食卫生，不吃被污染的食物，不喝生水。提倡分餐制，家庭餐具要注意消毒。食具、水碗、毛巾、餐巾等可以用0.3%～0.5%的优氯净或1%～5%的含氯消毒剂浸泡15分钟再用清水冲净药液。其他污染了的用具可用上述药液擦拭消毒。还要注意彻底消灭苍蝇和蟑螂。

（3）做好消毒隔离工作，尤其在家治疗调养的病人，更应严格隔离消毒。由于乙型肝炎主要是经血液传染，因而要做到病人的牙刷、剃须刀、指甲刀、修脚刀专用，或病人用后消毒。

（4）增强体质，提高抗病能力。

4. 对密切接触者进行免疫预防。对与肯定有明显乙型肝炎感染患者接触的家人，可采用高效价乙型肝炎免疫球蛋白及时接种，每次1针。第一次接种后，隔一个月作第二次接种。密切接触者（如夫妻）需进行血液抗体筛查，凡乙型肝炎表面抗原、乙型肝炎表面抗体、乙型肝炎核心抗体阴性者，进行乙肝疫苗接种。初种后隔1个月、6个月复种，共接种3次，每次10微克（即2支疫苗），一个月左右产生抗体。

【用药知识】

干扰素：500 万单位皮下注射每日一次或 1 000 万单位每周三次，连续 6 个月。不良反应可有发热、寒战、全身不适、恶心、呕吐、腹泻、低血压、肌痛、头痛、脱发、骨髓抑制等。

拉米呋定：口服拉米呋定每天 100 毫克，本药不良反应轻。

泛昔洛韦：剂量为 500 毫克，3 日/次，共 16 周，本药不良反应轻。

阿地福韦：常用剂量每天 10 毫克，大剂量有肾毒性。

十四、肝性脑病

【疾病知识】

（一）肝性脑病

过去称肝性昏迷，是由严重肝病引起的、以代谢紊乱为基础的中枢神经系统功能失调的综合征，其主要临床表现是意识障碍、行为失常和昏迷。

（二）大部分肝性脑病是由各型肝硬化引起

肝性脑病常有明显的诱因，常见的有上消化道出血、大量排钾利尿、大量放腹水、高蛋白饮食、催眠镇静药、便秘、尿毒症、外科手术、感染等。肝性脑病的发病机制迄今未完全明了，主要是来自肠道的许多毒性代谢产物，未被肝解毒和清除，经侧枝进入体循环，透过血脑屏障而至脑部，引起大脑功能紊乱。有关肝性脑病发病机制有许多学说，其中氨中毒理论研究最多，最确实有据。氨代谢紊乱引起的氨中毒是肝性脑

病，特别是门体分流性脑病的重要发病机制。肝功能衰竭时，肝将氨合成为尿素的能力减退，门体分流存在时，肠道的氨未经肝解毒而直接进入体循环，使血氨增高。许多诱发肝性脑病的因素如高蛋白饮食、上消化道出血、低钾性碱中毒、便秘、感染、低血糖等能影响血氨进入脑组织的量，改变脑组织对氨的敏感性。氨对大脑的毒性作用主要是干扰脑的能量代谢。

（三）肝性脑病往往因原有肝病的性质、肝细胞损害的轻重缓急以及诱因的不同而很不一致

一般将肝性脑病自轻微的精神改变到深昏迷分为四期：(1) 一期（前驱期）：轻度性格改变和行为失常，如原来少言寡语的人现在说话滔滔不绝、欣快激动或原来爱说爱笑的人变得淡漠少言，原来很注意自己外表的人变得衣冠不整，甚至随地便溺。(2) 二期（昏迷前期）：以意识错乱、睡眠障碍、行为失常为主。睡眠障碍表现为白天昏昏欲睡，而夜晚兴奋躁动，呈现昼睡夜醒的状态。(3) 三期（昏睡期）：以昏睡和精神错乱为主，大部分时间患者呈昏睡状态，但可以唤醒。(4) 四期（昏迷期）：神志完全丧失，不能唤醒。

（四）肝性脑病常采用综合治疗措施

去除诱因是一般治疗的基本原则，也是其他药物治疗的基础。减少氨的吸收和加强氨的排出是药物治疗的主要手段。减少氨的生成和吸收的药物有：乳果糖、乳梨醇、抗生素等。促进体内氨的代谢的药物有：L—鸟氨酸—L—门冬氨酸（OA）、鸟氨酸—a—酮戊二酸、苯甲酸钠、谷氨酸、精氨酸等。

【护理知识】

1. 观察病情变化，定期复查血氨、肝肾功能、电解质。

2. 去除和避免诱发因素。避免应用催眠镇静药、麻醉药

等，因其可造成缺氧；避免快速利尿和大量放腹水，及时处理严重的呕吐和腹泻；防止感染；禁止大量输液；保持大便通畅，防止便秘；积极预防和控制上消化道出血；禁食或限食者，避免发生低血糖。

3. 合理饮食。因食物中的蛋白质可被肠道的氨基酸氧化酶分解产生氨，故肝性脑病病人应限制蛋白质的摄入。尤其在发病开始数日内禁食蛋白质，每日供应足够的热量和维生素，以碳水化合物为主要食物。

【用药知识】

1. 乳果糖通过酸化肠道使肠道细菌所产的氨减少，可用于各期肝性脑病及较轻微肝性脑病的治疗。剂量为每日 30～60 克，分三次口服，调整至患者每天排出 2～3 次软便。不良反应主要有腹胀、腹痛、恶心、呕吐等。

2. 乳梨醇疗效与乳果糖相似，不良反应少，剂量为每日 30～40 克，分三次口服。

3. 口服抗生素可抑制肠道产生尿素酶的细菌，减少氨的生成。常用的抗生素有新霉素、甲硝唑、利福昔明等。新霉素剂量为每天 2～8 克，分四次口服，但长期使用有可能致耳毒性和肾毒性，不宜超过一个月。每日口服 0.8 克甲硝唑的疗效与新霉素相似，但胃肠道不良反应大。利福昔明口服不吸收，效果与新霉素相同，每日剂量为 1.2 克。

4. OA 可促进体内的尿素循环而降低血氨，每日静脉注射 20 克的 OA 可降低血氨，改善症状，不良反应为恶心、呕吐。

5. 苯甲酸钠可与氮源性物质结合形成马尿酸从肾排出而降低血氨，剂量为每日 10 克，分 2 次口服，无消化道不良反应。

6. 谷氨酸可与氨结合形成谷氨酰胺而降低血氨，有谷氨酸钾和谷氨酸钠两种。每日 3～4 支，使用前注射 3～5 克维生素 C。

7. 精氨酸可促进尿素循环而降低血氨，每日剂量为 10～20 克。

十五、结核性腹膜炎

【疾病知识】

（一）结核性腹膜炎

这是由结核杆菌引起的慢性、弥漫性腹膜感染，常继发于肺结核或体内其他部位的结核病，感染途径以腹腔内的结核病灶直接蔓延为主，少数病例可由血行播散引起。

（二）结核性腹膜炎的临床表现多种多样

结核病毒血症常见，主要是发热和盗汗；早期腹痛不明显，以后可出现持续性隐痛或钝痛，疼痛多位于脐周、下腹或全腹；腹部肿块多见于粘连型或干酪型，常位于脐周；腹泻常见，一般每日不超过3～4次；腹水以少量至中量者为多；腹部扪诊有腹壁柔韧感。

（三）本病的治疗关键在于坚持进行早期、联合、适量、规则及全程抗结核化学药物治疗

在用药中应注意：一般渗出型病人，症状消失较快，此时不能自行停药，否则会导致复发，应坚持全程规则治疗；对于粘连型或干酪型病人，应加强药物的联合应用，并适当延长疗程。对经内科治疗未见好转的肠梗阻、肠穿孔及肠瘘均可手术治疗。

【护理知识】

1. 疼痛的护理。注意卧床休息，保证充足睡眠，减少活动；做深呼吸及全身肌肉放松等可以减轻疼痛；观察腹痛的部位、性质及持续时间。

2. 饮食护理。摄入高热量、高蛋白、高维生素、易消化食物，如新鲜蔬菜、水果、鲜奶、豆制品，以增强机体抵抗力。

3. 保健指导。应坚持治疗，按医嘱服药，不要自行停药，定期复查。保证休息、加强营养、避免劳累。

【用药知识】

1. 一般用3～4种药物联合强化治疗，包括异烟肼、利福平、吡嗪酰胺三种药，也可另加链霉素或乙胺丁醇共四种药，治疗2个月；然后继续用异烟肼与利福平联合治疗至少7个月。

2. 长期应用抗结核药可致恶心、呕吐等胃肠道反应，并引起听力、肝肾功能损害，故应定期监测听力及肝肾功能。

十六、老年人急性肾小球肾炎

【疾病知识】

（一）老年人急性肾炎发病率不是很高，以溶血性链球菌感染所诱发为主

与青少年相比，老年人感染的部位以皮肤多见，链球菌感染后，导致机体免疫反应引起肾炎。由于老年人肾脏功能减退，常合并有高血压、动脉硬化、糖尿病等，肾脏功能损伤多较重。

（二）病理表现

本病多表现为尿的异常，尿液从肉眼就可以看出几乎都有血色，称为肉眼血尿，这是最常见的症状；此外，尿液中还可能出现少量或中等量的泡沫；大多数人还会出现水肿，典型的表现是晨起眼睑水肿，一般不重，少数人水肿较重，波及全身，会出现用手指“一按一个坑”的现象，称之为指凹性水肿；除此之外，有人还会出现轻、中度的高血压，利尿后血压渐渐恢复正常。肾脏功能可能正常，也可能有一过性损伤，疾病好转后可恢复。实验室检查最主要的是血清补体 C_3 及总补体在发病初期下降，8 周内渐渐恢复正常。血清抗链球菌溶血素“0”或称抗链 0 浓度会升高。

（三）治疗主要是对症处理，包括利尿、控制高血压、防治心衰和脑水肿等严重合并症

在肉眼血尿消失、水肿消退及血压恢复正常前应卧床休息，给予低盐饮食，尤其有水肿及高血压时。肾功能正常者蛋白质摄入量应保持正常，给予优质蛋白（详见肾病综合征）。可考虑应用 7—10 天抗生素治疗，如无禁忌，最好选用青霉素类或者红霉素类，如无特别需要，应避免使用氨基糖苷类和头孢类抗生素。中医采用宣肺利尿，凉血解毒等原则来治疗。

【护理知识】

1. 饮食护理。急性期应严格限制盐的摄入，以减轻水肿和心脏负担，对于严重水肿、高血压或心力衰竭的老人，更应该严格控制。一般每日进盐应低于 3 克，对于症状特别严重的应完全禁盐。当情况好转，血压下降，水肿消退，尿蛋白减少后，可由低盐饮食逐步转为正常饮食，同时应该防止长期低盐饮食及应用利尿剂引起的水、电解质紊乱或其他并发症。

除限制盐的摄入外，还应该限制水的摄入量。每日入量（包括摄入的各种液体、通过静脉输入的液体等）和出量（排出尿量、稀便、大量出汗、伤口渗出等）应该保持出入平衡，换句话说就是入量与出量应大体相等，如果出量减少，那么水分留在体内，就会进一步加重水肿。每天的进水量不只是饮水量，还包括饮食、服药、输液等所含的水分，总量应本着宁少勿多的原则。同时限制蛋白质的摄入，以优质动物蛋白为主，如牛奶、鸡蛋、鱼等含必需氨基酸的蛋白质。另外，饮食应注意热量充足、易于消化和吸收。

2. 休息和活动。对于病情严重的患者，应卧床休息，尤其是急性期，以增加肾血流量和尿量，改善肾功能，减少血尿、蛋白尿为主。待水肿消退、肉眼血尿消失、血压平稳之后，才可以逐步增加活动量，完全康复后才能恢复正常的体力活动。

3. 平时应该注意加强锻炼，增强体质，防止受冻、受湿和过度劳累。注意个人卫生，勤洗澡，每天更换内衣裤，防止化脓性皮肤感染。患感冒、咽炎、扁桃体炎、皮肤感染时，应及时治疗，注意休息和保暖，限制活动量。

【用药知识】

1. 利尿消肿，氢氯噻嗪 25 毫克，每日 2～3 次，必要时给予呋噻米（速尿）每天 20～60 毫克，注射或分次口服。利尿后高血压控制仍不满意时，可加用钙通道阻滞剂如硝苯地平每天 20～40 毫克，分次口服。

2. 应用利尿剂后，一般情况下，尿量会很快增多，同时水肿情况会有明显好转，随着尿量增多、水肿消退，高血压的情况就会及时缓解。如果加用降压药，可以更迅速的缓解高血

压，减少肾脏的损伤。

3. 使用大剂量呋噻米时，应注意观察有无恶心、直立性眩晕、口干、心悸等，同时要注意应用利尿剂过量导致的电解质紊乱。服用降压药者，应充分认识到降压治疗对保护肾功能的作用，同时避免用药过量，而导致低血压的出现。

十七、老年人急进性肾小球肾炎

【疾病知识】

（一）急进性肾小球肾炎可以是原发性，也可以是继发性

老年急进性肾小球肾炎中，以原发性者为主。主要是由于人体自身免疫因素引起的，可以分为Ⅰ型、Ⅱ型、Ⅲ型。

（二）老年人急进性肾小球肾炎起病多非常隐匿

会出现尿中带血、蛋白尿、尿量减少甚至无尿、高血压、顽固性贫血、进行性氮质血症以及多系统并发症的情况，疾病发展非常迅速，自然病程多不超过半年，常由于肾功能衰竭及其他严重的并发症而致死。肾脏病理类型为新月体性肾小球肾炎。

（三）治疗原则

近10余年来由于强化治疗的广泛应用急进性肾小球肾炎的预后已大有改观，但必须尽早开始治疗。从治疗方法来看，现在包括激素和环磷酰胺冲击治疗，以及抗凝、抗血小板聚集，血浆置换或分子筛血浆移除疗法，透析疗法等。就一般情况而言，应用激素和环磷酰胺冲击疗法对Ⅰ、Ⅱ型有一定的治疗效果，而对于Ⅲ型则应该首选血浆置换或分子筛血浆移除法。老年人急进性肾小球肾炎即使积极治疗，预后仍较差，死

亡率在50%以上。

【护理知识】

1. 老人应注意观察自己是否出现进食后恶心、呕吐，大便颜色变深，尿量迅速减少，尿色变深，全身水肿等症状。

2. 当出现全身水肿的情况，如严重者应严格限制盐的摄入，一般每日进盐应低于3克，特别是严重水肿、高血压的老人，更应完全禁盐。除了限制盐的食入外，也应该限制饮水量，同时摄入一些优质蛋白质，例如牛奶、鸡蛋、鱼肉等。

3. 对出现临床症状的老年人，应绝对卧床休息，时间一个月左右，待水肿消退、血尿消失、血压平稳之后，可逐步增加活动量。情况稳定后可做一些轻体力活动，如散步、上下楼等，避免劳累和剧烈活动，坚持1—2年，完全康复后才能进行正常的体力活动。

【用药知识】

1. 甲基泼尼松龙，0.5～1.0克溶于5%葡萄糖200ml中静脉点滴，每日或隔日一次，三次为一疗程，间隔3—5天开始下一疗程，一般用三个疗程共给药9次。环磷酰胺，口服，每天每公斤体重2～3毫克，累计量不超过6～8克。

2. 激素及细胞毒药物可以作用于人体免疫系统，发挥抗免疫、抗炎症的作用，从而达到治疗的效果。

3. 应用激素治疗时，应注意继发感染及水肿加重等副作用；同时在服用细胞毒药物的时候，也必须注意感染的问题，例如呼吸道的感染、皮肤的感染等，除此还应该注意是否有局部或全身出血的反应。

十八、老年人慢性肾小球肾炎

【疾病知识】

（一）老年人慢性肾小球肾炎包括两种类型

一种是由青壮年时期发病的慢性肾炎延续而来，这种类型占多数，这类患者病情进展相对缓慢，预后较好，只要治疗恰当，能在很长时期内保持肾功能的稳定；另一种是老年期新发生的慢性肾炎，这种类型相对较少，其进展速度快于前一种类型，常很快进入慢性肾衰的尿毒症期。

（二）一般认为慢性肾炎仍然是免疫介导性的炎症，但在病变慢性化进展过程中，除了免疫炎症因素外，非免疫炎症因素也占有一定地位

如病程中出现高血压导致肾小球内高压、高滤过，都可以促使肾脏损伤加重。慢性肾炎最常见的类型为系膜增生性肾炎、系膜毛细血管性肾炎等等。

（三）慢性肾炎发病以男性居多

多数病例起病缓慢、隐匿，会出现蛋白尿，即尿液中泡沫过多；血尿，尿液颜色变深，甚至是血色；水肿，大多是眼睑水肿和下肢轻度水肿；高血压，90％以上的人都会出现，可能会导致眼底出血或贫血等病变；肾功能呈慢性进行性损害，一旦感染、劳累、血压增高或用对肾脏毒性过大的药物，肾功能可能会急剧恶化。

（四）慢性肾炎的治疗应以防止或延缓肾功能进行性减退为主要目的，而不以消除蛋白尿及血尿为目标

因此，一般不主张给予激素及细胞毒药物，这与肾病综合

症不同，而且大多数人用药后无效。

【护理知识】

1. 观察老人的水肿情况，主要观察尿量的变化、水肿程度有无加重，是否出现胸、腹腔积液。一般水肿不严重，但也有少数人会出现严重水肿的情况，所以要严密观察。

2. 饮食护理。慢性肾炎一般给予低盐、适量蛋白质、高维生素的饮食。对于实验室检查后发现血中含氮量大的老人（即有氮质血症），应限制蛋白质的摄入，每日每公斤体重 0.5～0.8 克，并且给予优质蛋白，如瘦肉、鱼、蛋等含必需氨基酸多的动物蛋白，同时要限制食物中磷的摄入量，但磷是含在蛋白质中的，因此，限制蛋白入量后亦即达到低磷饮食，从而减轻肾小球内高压、高灌注及高滤过的状态，延缓了肾脏的损伤。

3. 多数人病程较长，肾功能逐渐恶化，从而影响了老年人正常的生活，可能有些老年人会出现精神紧张、焦虑、烦躁、抑郁的表现。一方面这些表现可能会加重疾病本身，另一方面可能会引起老年性的心理疾病，所以必须要注意。子女应多留出一些时间来陪伴老人，从生活及情感上多关心老人，及时发现他们情绪是否波动，做出相应的心理护理，避免疾病的恶化。

4. 避免加重肾损害的因素，如应避免劳累、感染，这些都可能导致肾脏损伤加重，必须注意。应用药物时一定要选用肾毒性小的药物，例如使用抗生素时就不能使用氨基糖苷类的抗生素。

【用药知识】

1. 降压治疗。氢氯噻嗪每天 12.5～50 克，1 次或分次口

服。卡托普利 25 毫克，每日 3 次。阿替洛尔 12.5～25 毫克，每日 2 次。双嘧哒莫 300～400 毫克，或小剂量阿司匹林每天 40～300 毫克。

2. 高血压是加速肾小球硬化、促使肾功能恶化的重要因素，因此应积极控制高血压。首先，通过利尿可以减少循环血量，达到降压的目的；其次，可以应用其他降压药，既可以降血压，又可以减少尿蛋白，现在应用较普遍的是卡托普利。应用血小板解聚药主要是有抗血小板聚集的作用，防止血管内凝血或血栓的发生。

3. 应用利尿剂时注意不要过猛，观察入量与出量的情况，防止脱水。降压时还要注意观察血压，避免降压过快或过低，从而发生眩晕或其他并发症。

十九、老年人肾病综合征

【疾病知识】

（一）老年人的肾病综合征与青壮年相比，系统性红斑狼疮、过敏性紫癜、乙型肝炎等仍然是重要的原发病因

但糖尿病、肿瘤引起的比例已经显著增高，有些肿瘤在原发病尚未出现之前，可以肾病综合征为首发症状。因此对老年人的肾病综合征，应高度重视排除肿瘤发生的可能。

（二）老年人肾病综合征最常见的病理类型是膜性肾病，几乎占 40%

可以为轻度的血尿，这种血尿只有通过实验室检查才能发现，而通过肉眼是看不出来的。除此以外尿中还会出现大量的蛋白，可以表现为尿液的泡沫大量增多，以及水肿的情况。实

验室检查还会发现血浆中的蛋白质含量严重下降，尤其是白蛋白；血浆中胆固醇、甘油三酯、极低密度脂蛋白增高，也就是我们常说的血脂高。

（三）老年性肾病综合征除了自身的症状以外，还会继发很多并发症

1. 感染。常常与血液中的蛋白质减少、出现营养不良、免疫功能紊乱以及应用激素治疗有关，常见于呼吸道、泌尿系、皮肤的感染，是肾病综合征的主要并发症，可导致死亡。现在随着医疗技术、药物的发展，其危险性已下降。

2. 血栓及栓塞性并发症。由于大量的蛋白质从尿中丢失，肝脏代偿性地合成蛋白质增加，导致人体的凝血、抗凝系统失衡；同时肾病综合征的血脂增高，导致血液粘稠度增加，从而造成血液高凝状态。最常见的是肾静脉的血栓。另外，四肢静脉血栓、肺静脉血栓或栓塞也比较常见。

3. 急性肾功能衰竭。发生此并发症者年龄多在 60 岁以上，可能有多种因素导致肾脏功能迅速衰退，出现突然无尿的情况，大部分人经利尿治疗后可以恢复。

4. 蛋白质及脂肪代谢紊乱。长期的低蛋白血症可以引起人体的营养不良，微量元素缺乏等等。血脂高不但能增加心血管并发症，增加血液粘稠度从而促进血栓栓塞的发生，近年发现还可以促进肾小球的硬化，导致肾脏疾病进一步加重。

（四）治疗原则

患者应以卧床休息为主，通过控制饮食、对症治疗（利尿、减少尿蛋白）以及抑制免疫与炎症（糖皮质激素、细胞毒药物、环孢素 A）的主要治疗来进行，同时不要忘记并发症的防治。

【护理知识】

1. 全身严重水肿，合并胸水、腹水，出现呼吸困难者应绝对卧床休息，可以半坐卧位，因为卧床可以增加肾脏的血流量，使尿量增加。为防止肢体血栓的形成，应保持肢体的适度活动。当病情缓解后，可逐渐增加活动量，减少并发症的发生。对于有高血压的老人，应该限制活动量。同时老年人改变体位时不可过快，防止体位性低血压。

2. 合理的饮食结构能改善病人的营养状况和减轻肾脏的负担，应特别注意蛋白质的合理摄入。长期高蛋白饮食会加重肾脏的负担，从而加重蛋白尿，加速肾脏病变的进展，所以有肾病综合征的人群食物中各种营养成分的构成一般为：

（1）蛋白质。提倡正常量的优质蛋白（富含人体必需氨基酸的动物蛋白）摄入，即每天每公斤体重 1 克，如鸡蛋、牛奶、瘦肉等，根据病情变化调整。

（2）供给的热量要充足，多吃富含不饱和脂肪酸的食物如植物油、鱼油，以及富含可溶性纤维的食物如燕麦、豆类等，少吃动物油。

（3）水肿时低盐或限盐饮食，不吃腌制食品，如咸菜、腌肉等；注意各种维生素及微量元素（如铁、钙）的补充。

3. 积极预防感染，保持生活环境的清洁、舒适，定期做好室内空气的消毒，可以用消毒药水拖地、擦桌椅等。室内保持合适的温、湿度，定时开门窗进行通风换气，以减少室内空气的细菌量。除此之外，老人自身的清洁也应该注意，常洗浴、每天刷牙等等。对有呼吸道感染的亲朋好友应限制探访，同时少去公共场所等人多聚集的地方。在秋冬季，嘱老人少外出，注意保暖。一旦出现体温升高，咳嗽、咳痰等现象，一定

及时到医院就诊，遵医嘱进行治疗。

【用药知识】

1. 利尿剂的应用，氢氯噻嗪 25 毫克，每日 3 次；氨苯蝶啶 50 毫克，每日 3 次。如无效时，可改用渗透性利尿剂合并袢利尿剂，如低分子右旋糖酐加用呋噻米每天 20～120 毫克。应用利尿剂可以增加尿量，使水肿减退。但应注意观察有无恶心、头晕、口干、心悸等副作用的出现，这些副作用常常是由于用药剂量太大、利尿太猛所致，也会损伤肾功能。

2. 应用降压药，控制高血压，减少尿蛋白。卡托普利 6.25～25 毫克，每日 3 次。

3. 抑制免疫与炎症反应的治疗。

（1）糖皮质激素。该药是通过抑制免疫与炎症反应，抑制醛固酮和抗利尿激素的分泌，影响肾小球基底膜通透性而起治疗作用。泼尼松每天每公斤体重 1 毫克，口服 8—12 周。应用激素时应注意以下几点：

①起始用量要足。

②减药要慢，足量治疗后每 1—2 周减少原用量的 10%，当减至每天 20 毫克时疾病易反跳，应更加缓慢减量。

③维持用药要久，最后以最小剂量可再服用半年至 1 年或更久。

（2）细胞毒药物。最常用的为环磷酰胺，每天每公斤体重 2 毫克，分 1—2 次口服，或隔日静脉注射 200 毫克，总量达到 6～8 克后停药。细胞毒药物一般配合激素治疗，不单独使用。

应用激素和细胞毒药物，服药期间应注意继发感染，以及出现多毛、痤疮的副作用。

二十、老年人尿路感染

【疾病知识】

（一）老年人泌尿系感染在老年人的感染性疾病中居第二位，仅次于呼吸道感染，是老年人的常见多发病，其发生率随年龄增加而增加，这种趋势在女性尤其明显，可高达20%以上

（二）尿路感染的致病菌女性以大肠杆菌为主，男性以变形杆菌为主

老年人易发生尿路感染的原因是多方面的，可能包括以下几个方面：

1. 老年人泌尿道上皮细胞阻止细菌黏附的能力下降。

2. 因前列腺增生、膀胱颈梗阻、尿路结石、肿瘤等导致尿流不畅，细菌易在尿路繁殖。

3. 老年人体液免疫和细胞免疫功能减退，也就是说老年人全身的抵抗力下降；同时，由于膀胱黏膜缺血、骨盆肌肉松弛、前列腺液分泌减少等使局部抵抗力也减退。

4. 老年人生理性渴感减退，饮水减少，尿液对尿路的冲刷作用减弱。

5. 老年人高血压、糖尿病等发病率增高，营养不良、长期卧床、滥用药物的机会增多，易导致致病菌感染。

（三）早期症状包括尿路烧灼感、尿急、尿失禁、尿频、发热

了解老人正常体温有助于发现发热。许多老人基础体温低于37℃，因而尿路感染可无症状，随着尿路感染的发展出现尿潴留、尿失禁。老年人尿路感染复发率较高，且易并发菌血

症、败血症、感染性休克，所以诊断不应过分强调尿路刺激症状，即尿频、尿急、尿痛，因为可能会出现无症状性菌尿，所以应该以尿液细菌检查为主，辅以尿常规检查。

（四）老年人尿路感染的治疗原则为控制症状，消灭病原体，去除诱发因素及防止再感染

治疗过程中应多饮水，以增加尿量，达到冲刷尿道的作用。症状明显时需要卧床休息。但应注意以下几个问题：

1. 在抗生素的选择上应该尽量避免肾毒性大的药物，剂量应偏小，疗程应偏长。

2. 对老年女性尿道炎患者，可行局部雌激素治疗。

3. 积极治疗系统性疾病，例如高血压、糖尿病等等。

【护理知识】

1. 饮食护理。症状轻者进食清淡、富于营养的饮食。发热、全身症状明显者，应给予流质或半流质饮食，如牛奶、稀饭、面条等。消化道症状明显者（恶心、呕吐）可静脉补液，同时做好口腔护理，必要时遵医嘱用止吐药。指导老人尽量多饮水，每日入量应在 2000 毫升以上。因为机体防御尿路感染的功能之一是肾脏滤出尿液经输尿管不断流入膀胱，可将感染性尿液稀释，并于排尿时带走细菌。当尿路通畅，膀胱能完全排空时，细菌不易在尿路逗留。因此应多饮水、多排尿，冲洗尿路，促进细菌及炎性分泌物排出。

2. 保证休息和睡眠。急性期应注意卧床休息，不要过多的干扰老人，给老人提供安静、舒适的休息环境，加强生活护理，及时更换汗湿的衣服。

3. 密切观察，监测体温并做好记录。注意是否出现体温升高或持续不退等情况。对高热病人可采用物理方法降温，如

放置冰袋、温水或酒精擦浴等等，注意方法和时间，如将冰袋放在腋下、腘窝、颈部等大血管走行的部位。

4. 避免劳累，坚持运动，增强机体的抵抗力。

5. 若局部有炎症，如女性尿道旁腺炎、阴道炎、男性前列腺炎等，应及时治疗。

6. 预防尿路感染的方法。

（1）有尿路感染史的老人平时应多饮水，每日尿量保持在1500毫升以上，并坚持每2—3小时规律地排尿1次，可降低尿路感染的再发率。

（2）女性应经常注意阴部清洁，以减少尿道口细菌量；男性如包皮过长，应注意清洁。

（3）应尽量避免使用泌尿外科器械检查，必要时，要注意严格消毒。已有细菌尿者，做尿路器械检查时应先控制感染。

（4）尿路感染发作较频的女性患者，如果定期服用抗生素预防，可减少尿路感染的再发生率。

【用药知识】

1. 常用抗菌药物。

（1）磺胺类。复方磺胺甲嚅唑2片，每日2次口服。

（2）喹诺酮类。氧氟沙星0.2克，每日2次口服；环丙沙星0.25克，每日2次口服。

（3）氨基糖苷类。庆大霉素0.08～0.12克，每日2次，肌肉注射或静脉注射。

（4）青霉素类。氨苄西林，每日4～6克，肌肉注射。

（5）头孢类。头孢唑啉0.5克，每8小时肌注1次。

2. 按医嘱使用抗菌药物，了解有关药物的作用、用法、疗程、注意事项。如口服复方磺胺期间要注意多饮水，同时服

用碳酸氢钠，增强疗效、减少磺胺结晶的形成。根据病情，可用一种药物，也可联合应用。

3. 停药后应追踪观察，切忌过早停药，再发时，立即再用抗菌药一个疗程，以免治疗不彻底而炎症迁延成为慢性。

二十一、老年人慢性肾功能衰竭

【疾病知识】

（一）常见于各种慢性肾脏疾病的晚期，是各种慢性肾脏疾病持续发展的结果

例如慢性肾炎，经过若干年的发展，由于肾功能缓慢进行性减退，最终就会发展为慢性肾功能衰竭，各种毒素存留于体内，不能排出体外，出现水、电解质紊乱，酸碱平衡失调以及全身各系统症状。

（二）慢性肾功能衰竭的发病原因有很多，老年人最常见的有两类

一类是原发性肾脏疾病没有治愈，慢慢迁延发展，经过很长时间后，肾脏被破坏，肾功能出现衰竭；另一类是由于其他一些老年常见病引起的，例如高血压、糖尿病，这些疾病在发病初期在人体不会有太大的病变表现，但它们所侵犯的靶器官中，肾脏是最主要的一个，经过长时间病变的破坏，肾组织出现问题，最终导致肾功能衰竭。

（三）无论是哪种原因引起的肾功能衰竭，发展到最后都会出现尿毒症的表现，临床检查肌酐和尿素氮大幅度增高，到晚期临床出现显著的各系统的症状

1. 胃肠道表现。食欲不振是常见的最早期的表现。还伴

有恶心、呕吐、腹胀、腹泻、舌和口腔黏膜溃疡，口气难闻，常有尿臭味。由于胃肠黏膜的溃疡，也可能发生消化道出血，表现为呕血或大便颜色变黑。

2. 心血管系统表现。

（1）高血压。大多数人都存在不同程度的高血压，主要是由于水肿、水分潴留在体内，循环血量增多所致。高血压可能会引起其他的病变，如左心室扩大、心力衰竭、动脉硬化等等，这些又会加重肾脏的损伤。

（2）心力衰竭。常与高血压有关，是常见的死亡原因之一。临床表现为尿量减少、浮肿、心率增快、呼吸困难、颈静脉怒张、肝肿大等。

（3）动脉粥样硬化。慢性肾衰常有血脂增高，加速动脉粥样硬化发展。

3. 血液系统表现。

（1）贫血。尿毒症患者常有贫血，主要原因是肾脏产生EPO（促红细胞生成素）减少，这种激素可以刺激红细胞的生成，所以它的减少会造成人体贫血。

（2）出血倾向。常表现为皮下出血，如淤点、淤斑，还会有鼻出血，常常病人只受轻微碰撞甚至无外力作用就会鼻腔出血，而且会出血不止，长时间出血。

（3）白细胞异常。部分人会白细胞减少，容易发生感染。

4. 呼吸系统表现。可表现为支气管炎、肺炎等，酸中毒时呼吸加深加长。

5. 皮肤症状。皮肤瘙痒，且有时难以忍受。面部肤色常较深并萎黄，有轻度浮肿感。

6. 肾性骨营养不良症。会出现纤维性骨炎、骨质疏松症，老年人患骨质疏松后，常常并发骨折，不易康复，从而导致长

期卧床，这也是比较常见的。

7. 内分泌失调。如由于肾功能减退甚至衰竭，使胰岛素的作用时间延长，影响胰岛素在肾脏的降解和代谢，导致老年人低血糖的出现，表现为眩晕、恶心、心悸、饥饿感等等。

8. 代谢失调。由于基础代谢率常下降，导致患者体温常过低，有些老年人可低至35.5℃。这时，如果患者的体温为37.5℃，对于他来说可能就不是正常的体温而是较严重的感染，这点必须注意。

9. 易于并发感染。慢性肾功能衰竭患者，机体免疫功能下降、抵抗力降低，常常会发生感染，最常见的是肺部和尿路感染，常会引发败血症，是主要死因之一。

治疗慢性肾功能衰竭，首先应治疗原发疾病，例如高血压、糖尿病等，同时要纠正加重肾衰竭的因素，如水电解质紊乱、感染、尿路梗阻等等，以防止肾功能进一步恶化，促使肾功能有不同程度的恢复；其次，饮食治疗对于慢性肾衰的患者是非常重要的，我们重点在护理部分阐述；再有就是对症治疗，如降血压，调节水钠平衡，对症处理各系统症状。最终，慢性肾衰发展到最后，患者都要接受透析治疗，包括血液透析和腹膜透析，在护理部分我们会详细表述。

【护理知识】

1. 饮食护理。在慢性肾功能衰竭使用药物治疗前，改变一些不利于肾功能的生活习惯是极其重要的。在此值得特别一提的就是饮食疗法。饮食疗法的重要性不仅与药物疗效相当，甚至有时超过药物的功效，下面我们就重点介绍饮食护理。

（1）蛋白质的质和量。限制蛋白质的摄入，也可以说是慢性肾功能衰竭最关键的治疗方法。蛋白质作为三大营养物质之

一其作用非常重要，但体内的蛋白质如果超过肾脏的排泄量就会损伤肾功能。即使是正常肾脏，如果摄入过量的蛋白质也会损伤肾功能。而在肾功能衰竭的情况下，摄入正常数量的蛋白质也会造成肾脏严重负担。

为了尽可能避免肾脏功能的损伤，就应该遵守限制蛋白的饮食疗法。根据患者的肾脏功能，也就是肾小球滤过率（GFR）来调整蛋白质的摄入量。当 GFR<50 毫升/分钟时，就应该开始限制蛋白质的摄入，并且要求饮食中 60%以上的蛋白质是富含必需氨基酸的蛋白（即高生物价优质蛋白），如鸡蛋、牛奶、瘦肉等。根据 GFR 的值来调整蛋白摄入，一般浮动在每天每公斤体重 0.3～1 克。尽量减少摄入植物蛋白，如花生、豆类及其制品，因其含非必需氨基酸多。米、面中所含的植物蛋白质也要设法去除，如可部分采用麦淀粉作主食。另外要注意到，因感冒而食欲下降，或者因情绪紧张而不愿吃饭，机体所需热量不足时，这时如果不以蛋白质作为提供热量来源的话，就会造成营养失调。所以，请大家注意，严格限制蛋白质摄入，应该在医生的指导和观察下进行，并不是蛋白质摄入越少越好。对于摄入极低蛋白饮食在医生中也有不同意见，决不能自行其是。

（2）热量的供给。供给充足的热量，以减少体内蛋白质的消耗。每日供给热量 125.5 千焦（30 千卡/千克），主要由碳水化合物和脂肪供给。为摄入足够的热量，可食用植物油和食糖，如觉饥饿，可食芋头、马铃薯、苹果、马蹄粉等。也应注意供给富含维生素 C、B 和叶酸的食物。

（3）限盐饮食。大家都知道为了控制血压，限制食盐是有效的办法，特别是对于慢性肾功能衰竭合并高血压的患者，限制食盐更是不可缺少的治疗方法。我们根据每位患者的具体情

况来决定如何限制食盐摄入量，一般情况下指导患者把每天的食盐摄入量控制在 3～5 克之间。

（4）电解质紊乱的观察和护理。密切观察高钾血症的征象，如脉搏不规律、肌无力、心电图改变等。患者有高钾血症时，应限制含钾量高的食物的摄入，如白菜、萝卜、梨、桃、葡萄、西瓜等。预防高血钾还应积极预防感染，及时纠正代谢性酸中毒。

（5）增进食欲。适当增加活动量，尽量使食物色、香、味俱全，有良好的感官性状，进食前最好能休息片刻，提供整洁、舒适的进食环境，少量多餐。

2. 水肿的护理。测量体重，准确记录出入量，包括服药时的饮水量。密切观察液体量过多的症状和体征，如短期内体重迅速增加、出现水肿或水肿加重、血压升高、意识改变、心率加快等等。必要时可进行透析治疗。

3. 活动与休息。首先应该评价患者对活动的耐受情况，如活动时有无出现疲劳感、呼吸困难、头晕，活动后心率、血压改变的情况。对于慢性肾衰晚期患者，应卧床休息，避免过度劳累，提供安静的休息环境。

4. 透析的护理。慢性肾功能衰竭患者到晚期，为了维持生命，都应该接受透析治疗。透析治疗可以分为血液透析和腹膜透析两种，我们分别来介绍。

（1）血液透析。血液透析是最常见的血液净化方法之一，主要利用弥散和对流作用来清除血液中的毒性物质。护理方面要注意的是血管内瘘的护理。瘘管是为了进行血透而在患者一侧肢体上人工形成的一条血液通路，每次透析都要应用，所以是血液透析护理的重点。包括以下几方面：

①不在造瘘侧肢体测血压和采集血标本。

②指导患者预防血栓形成，如睡眠时不要压迫术侧肢体，术侧肢体不穿过紧衣服，不用术侧上肢提重物等。

③告知患者有感染的症状和体征时立即就医，感染征象为在通路部位有触痛、发热、红肿、渗出液等。

④指导患者任何时候都要保持通路敷料清洁和干燥，洗澡时不要弄湿敷料，只能盆浴或擦澡，不要淋浴及游泳。

（2）腹膜透析。向患者腹腔内输入透析液，利用腹膜作为透析膜，使体内潴留的水、电解质与代谢废物经超滤和渗透作用进入腹腔，而透析液中的某些物质经毛细血管进入血液循环，以补充体内的需要，如此反复更换透析液，达到清除体内代谢产物和多余水分的目的。腹膜透析具有设备简单、安全易行、经济方便、对机体的内环境影响小等特点，尤其对于有糖尿病、高血压、心脏病等疾病的老年患者，特别适用腹膜透析。

进行腹膜透析时，非常重要的是观察有无并发症的出现，其中最常见的就是腹膜炎。一旦发生腹膜炎后，首先会出现持续性腹痛，同时伴有透析液混浊，少数人伴有恶心、呕吐，多数人有发热、寒颤。

那怎样才能预防和减少腹膜透析时腹膜炎的发生呢？我们从以下几个方面来考虑：

①在更换液体时要严格按照操作规程，不可有任何疏忽；由于腹膜透析可以由患者自己在家中进行，难免会出现不按规程做的情况，所以必须向患者解释清楚操作规程的重要性，让患者自己首先重视起来。

②尽量避免在透析液袋里加入药物，如果必须加药时，要在严格无菌条件下进行。

③注意导管出口处的清洁护理。导管是直接连接腹腔的管

道，如果清洁做不好，细菌可以从导管口直接进入到腹腔，导致感染的发生。

④注意个人卫生，经常洗澡，更换衣裤。洗澡时要注意防止导管口进水，应洗淋浴，决不能洗盆浴。

⑤一旦发现出口处皮肤发红、疼痛和有分泌物，要马上积极处理。如立即将腹腔液体引流出来，把引流液袋放在一边，准备送医院化验及培养。更换外接管，先行服用口服抗生素，如先锋霉素等进行治疗。

⑥应注意锻炼身体，预防感冒。

⑦加强通便，防止便秘，不吃生冷及不洁饮食，预防肠道感染。

【用药知识】

1. 电解质失调的治疗。

(1) 活性维生素 D_3，每天 0.25 微克，增加钙的吸收，有助于纠正低钙血症，同时缓解肌病的症状。

(2) 利尿剂，如呋噻米，利尿消肿，降低血压，同时可减轻高血钾。

(3) 口服碳酸氢钠 1～6 克，每日 3 次，或静脉给 5%碳酸氢钠每公斤体重 0.5 毫升，可迅速纠正代谢性酸中毒。

2. 高血压的治疗。

(1) 利尿剂，呋噻米 40 毫克，每日 3 次，必要时静脉注射。

(2) 其他一般降压药，如普萘洛尔、硝苯定、肼肽嗪等。

3. 其他。

(1) EPO（重组人类红细胞生成素），每次用量每公斤体重 50 微克，治疗贫血的发生。

(2) 抗生素，用于并发感染的治疗。

二十二、老年人贫血

【疾病知识】

（一）老年人较常见的贫血类型是缺铁性贫血

老年性缺铁性贫血往往是由于慢性失血造成的，如痔疮、溃疡病，以及胃肠道功能紊乱，如胃酸缺乏、萎缩性胃炎、胃切除术后、慢性腹泻等，都可以引起铁的吸收障碍。

（二）贫血属于一种渐进性疾病

缺铁性贫血有一般贫血的表现，如面色苍白、乏力、易疲倦、头晕、头痛、心悸气短、耳鸣等等，由于缺血、缺氧，还会出现以下特征：

1. 营养缺乏。皮肤干燥、角化、萎缩、无光泽、毛发干枯易脱落，指（趾）甲扁平、不光整、脆薄易裂、甚至反甲。

2. 黏膜损害。表现口角炎、舌炎、舌乳头萎缩，严重者引起吞咽困难，其特点为吞咽时感觉有食物粘附在咽部。

3. 胃酸缺乏及胃功能紊乱。吸收不良、食欲缺乏、便稀或便秘。约 1/3 的人会出现有慢性萎缩性胃炎。

4. 神经、精神系统异常。如易激动、烦躁、头痛、体力下降等等，约 1/3 的患者会有神经痛、末梢神经炎，严重者可出现颅内压增高、视神经水肿、智能障碍等。

（三）病因或原发病确诊后，要积极治疗

这是纠正贫血、防止复发的关键环节。补充铁剂以口服方法作为首选，也可采用中药治疗，不良反应较少。

【护理知识】

1. 饮食护理。

（1）要进食高蛋白、高维生素、高热量、含铁丰富易消化的软食，强调均衡饮食以及适宜的进食。

（2）含铁丰富的食品，如动物心、肝、肾、瘦肉、鸡蛋黄、鱼、豆类、麦芽、紫菜、海带及木耳等。

（3）饮食要多样化，消化不良者，应少食多餐。食欲降低者应经常变换食物品种，提供色、香、味俱全的饮食。口腔炎或舌炎影响食欲者，避免进食过辣的刺激性食物，进食前后给予口腔护理。

（4）血红蛋白的合成需要氨基酸，为保证蛋白质的有效利用，必须给予糖类、脂肪以补充热量，因此在补铁的同时需给予高蛋白和高热量的食物，而且富含维生素的食品有助于铁的吸收。

2. 休息与活动。休息可减少氧的消耗，根据老人贫血的程度及发生速度制定合理的休息与活动计划，取得老人的合作，逐步提高老人的活动耐受水平。轻、中度贫血或缓慢发生贫血的老人，活动量以不感到疲劳、不加重症状为度，待病情好转再逐渐增加活动量。重度贫血伴显著缺氧症状者应卧床休息，减少心脏负荷，同时抬高床头，利于肺扩张、以及肺泡内气体的交换；保持房间温暖，需要时增加衣被，以防因寒冷引起血管收缩，妨碍血红蛋白将氧释放到组织而加重缺氧。

【用药知识】

1. 每天服用元素铁 150～200 毫克，常用铁剂有硫酸亚铁、富马酸亚铁和琥珀酸亚铁。注射铁剂的指征为：口服铁剂后胃肠道反应严重、无法耐受；消化道吸收障碍，如胃肠吻合术后、萎缩性胃炎、慢性腹泻；严重消化道疾病，如消化性溃疡、溃疡性结肠炎等。注射前必须计算应补铁剂总量，避免过

量致铁中毒。计算公式为：注射铁总量（毫克）＝（正常血红蛋白－患者血红蛋白）×300＋500。常用右旋糖酐铁，首次剂量为50毫克，肌肉注射，如无不适第2次给予100毫克，以后每周注射2～3次。

2. 口服铁剂的护理。给予口服铁剂时应向老人说明注意事项：

（1）口服铁剂易引起胃肠道反应，如恶心、呕吐及胃部不适，饭后或餐中服用可减少反应，如不能耐受可从小剂量开始。

（2）避免与牛奶、茶、咖啡同时服，因茶中鞣酸易与铁结合成不易吸收物质，牛奶含磷较高，均可影响铁的吸收。此外，应避免同时服用抗酸药以及H_2受体拮抗剂等，这些药物均可抑制铁的吸收。

（3）口服液体铁剂时需使用吸管，避免牙齿染黑。

（4）服铁剂期间，大便会变成黑色，这是由于铁与肠内硫化氢作用生成黑色硫化铁所致，应做好解释，以消除老人顾虑。

（5）铁剂治疗后自觉症状可很快减轻，在血红蛋白完全正常后，老人还需继续服用铁剂3—6个月，目的是补足体内贮存铁。

3. 注射铁剂的护理。

（1）采用深部肌肉注射并经常更换注射部位，以促进吸收，避免硬结形成。药液的溢出可引起皮肤染色。

（2）注射铁剂不良反应除局部肿痛外，尚可发生面部潮红、恶心、头痛、肌肉关节痛、淋巴结炎及荨麻疹，严重者可发生过敏性休克，故注射时应备有肾上腺素。部分老人用药后可出现尿频、尿急，应嘱其多饮水。

二十三、老年人慢性淋巴细胞白血病

【疾病知识】

（一）慢性淋巴细胞白血病简称慢淋白血病

这是由于一种小淋巴细胞克隆性扩展，逐步积累而浸润骨髓、血液、淋巴结和其他器官，最终导致造血功能衰竭的一种恶性疾病。这种细胞形态上虽类似成熟淋巴细胞，但实质是一种免疫学不成熟的、功能不全的细胞。

（二）慢淋白血病起病十分缓慢，25％的人无症状，仅在体格检查时或其他情况下检查白细胞计数时才偶然发现的

早期症状可能有乏力疲倦，后期出现食欲减退、消瘦、低热、盗汗及贫血等症状。淋巴结肿大常常首先引起注意，以颈部、腋部、腹股沟等处淋巴结肿大为主。肿大的淋巴结无压痛，较坚实，可移动。晚期可出现贫血、血小板减少、皮肤黏膜紫癜，并可出现皮肤增厚、结节以至全身红皮病等。由于免疫功能减退，常易感染，特别是肺部和泌尿道感染。

（三）治疗以化疗为主，结合放疗

对慢淋白血病的Ⅰ期和Ⅱ期的老人，往往不需要治疗。但Ⅲ期的老人应该进行化疗，50％～80％有效，10％～20％的老人可完全缓解。

【护理知识】

1. 预防感染。

（1）做好保护性隔离。密切观察白细胞计数，当白细胞低于 3.0×10^9/升时，所有接触老人的人都应该穿隔离衣，各项

操作前后洗手，并减少出入房间的人次。出现感染先兆，如咽喉或牙齿疼痛、不适、虚弱、肌肉酸痛等，及时就医。

（2）学习预防感染的自我护理。每次进食前后用生理盐水或漱口液漱口；便后用消毒液坐浴，坐浴后在肛周涂抗生素软膏；老年性阴道出血时，增加会阴清洗次数；饭前便后洗手 3 次；不去人多的公共场所；外出戴口罩。

（3）预防出血。用软毛牙刷；静脉注射后延长压迫注射点的时间；不使用牙签；避免使用含阿司匹林、非类固醇等抗凝类药物，这些药物都会影响血小板的功能；保持大便松软，不用力排便；忌挖鼻孔、耳孔。

2. 活动与休息。

（1）为无体力离室活动的老人提供必要的健身器械，如行走器等。指导不能下床活动的老年人进行床上健身运动，如全身关节活动和按摩。

（2）对起床活动受限的老人，将他们的日用辅助物品及娱乐用品放置在老人卧位时就能取到的地方，如眼镜、放大镜、助听器、书写用品、手表、收音机、电视遥控器、书报杂志等。

（3）经常开门开窗，使不能起床的老人能感受到室外的人际活动，以减轻孤独感。

（4）老人休息时，提供安全、舒适、清洁的环境。

【用药知识】

1. 化学治疗。最常用的药物是苯丁酸氮芥，剂量每天 6～10 毫克口服，1—2 周后减至每天 2～6 毫克。根据血象调整药物剂量，防止骨髓过分抑制。一般用药 2—3 周后开始显效，2—4 个月疗效明显，维持治疗 6 个月停药，复发后再用药，有效率 50%，15%～25%老人能完全缓解。

2. 放射治疗。目前仅用于因淋巴结肿大发生压迫症状者，或化疗后淋巴结、脾、扁桃体缩小不满意者。一般多局部放射，全身或纵隔放射疗效不肯定，容易引起造血功能衰竭。

3. 并发症治疗。由于老年人免疫力下降，同时白细胞减少，极易发生感染，尤其是在化疗期间。严重感染常为致死原因，应迅速查明病因，应用抗生素治疗。如果反复或严重感染，可应用大剂量丙种球蛋白，每日 10～20 克，连续 3—5 天。

二十四、老年人甲状腺功能亢进

【疾病知识】

（一）甲状腺功能亢进症简称甲亢

是由多种病因导致甲状腺功能增强，引起甲状腺激素分泌过多所致的临床综合征。多见于青年女性，但 60 岁以上的老年人也可发生，约占甲亢病人的 10%～17%，可能与老年人更年期内分泌失调有关系。

（二）甲亢是由于甲状腺激素过度分泌而引起的临床综合征

通常发病缓慢，一般病人常有疲乏无力、怕热多汗，食欲亢进、多食消瘦、排便增加，心慌、胸闷、气短，多言好动、焦躁易怒，甲状腺肿大，部分病人有眼球突出。由于老年人的甲状腺随年龄的增长而逐渐萎缩，所以功能逐渐下降。患甲亢后甲状腺激素分泌虽然增加，但血液对甲状腺激素的结合能力下降，机体组织对甲状腺激素的反应能力也减弱，因此在临床表现上，老年人与年轻患者有所区别，有其特殊性。

老年人患甲亢时一般起病隐袭，无明显发热、多食、脾气

烦躁等上述症状，而主要表现为神志淡漠、乏力、嗜睡、反应迟钝、消瘦等。有些老年人以心血管症状为主，如窦性心动过速、心房纤维性颤动、心绞痛、心肌缺血程度加重，甚至出现心力衰竭。有些老年人以消化系统表现为主，常有食欲不振、少食、厌食、腹泻、便秘、或腹泻与便秘交替。当老年人在短时间内体重下降 10—20 公斤时，应考虑到甲亢的可能。有些老年人以精神症状为主，患者常表现为神志淡漠、反应迟钝、精神抑郁不欢、嗜睡、寡言少语、处世待人冷漠等。

应当提醒老年人在出现心动过速、心房纤颤、体重急剧下降、极度厌食或精神抑郁时，应考虑到甲亢的可能，及时到医院检查甲状腺功能。

（三）治疗原则

首先要适当地休息，采取各种支持疗法，补充足够热量和营养，纠正高代谢所造成的全身消耗。其次应用抗甲状腺药物治疗，如他巴唑、丙基硫氧嘧啶口服，一般维持一个疗程，约一年半。对药物治疗无效者可用放射性同位素治疗，有手术指征的可进行甲状腺次全切除术。

【护理知识】

1. 休息与活动。当老年人确诊患有甲亢后，应让老人与家人及医护人员共同评估病情，针对老人目前情况制定日常活动计划，做到有计划地适当运动。如病情较轻，可下床活动。病情较重者，如合并有心力衰竭或严重感染者，应立即卧床休息。

2. 生活护理。生活平静有规律，避免精神紧张，注意劳逸结合。活动不便的老人需要得到家人的帮助，如洗漱、进食、如厕等，减少其活动，增加休息时间，缓解高代谢造成的全身消耗。

3. 用药护理。避免使用或慎用诱发甲亢的药物，如胺碘酮、碘油造影剂等含碘多的药物。

4. 饮食护理。及时补充足够的能量和高营养物质，避免食用含碘多的食物，如海带、紫菜等。禁止摄入刺激性的食物和饮料，如浓茶、咖啡等。勿进食增加肠蠕动及易导致腹泻的药物，如含高纤维的食物。

5. 预防并发症。由于老年人甲亢的临床表现不很典型，不易发现，且易与其他疾病混淆，因此易发生甲状腺危象。老年人患甲亢主要以神智淡漠、乏力、嗜睡、反应迟钝、消瘦为主要表现，有时仅表现为消化系统症状，如腹泻、体重短期内急剧下降；有时仅表现为心血管症状，如不明原因的心房纤颤等。当有上述症状时应警惕甲亢的存在，及时到医院就诊。

【用药知识】

1. 抗甲状腺药物。分硫脲类和咪唑类。硫脲类有甲硫氧嘧啶（MTU）和丙硫氧嘧啶（PTU）；咪唑类有他巴唑和甲亢平。主要用于抑制甲状腺激素的产生。遵从医嘱，按病情轻重决定治疗剂量。

2. 用药护理。

（1）治疗有效可使体重增加，因此要定期监测体重。

（2）在医生和护士的指导下正确用药，不可自行减量或停药。

（3）观察药物的副作用：

①粒细胞减少或粒细胞缺乏症：粒细胞减少一般发生在用药后2—3个月，发热、咽痛、皮疹等症状是粒细胞减少的指征。当老年人有上述症状，以及外周血白细胞低于3×10^9/升或中性粒细胞低于1.5×10^9/升时，应考虑停药。

②药疹：这是应用抗甲状腺药物的常见副作用，一般不必停药。可应用抗组织胺药物，如皮疹加重，应立即停药，以免发生剥脱性皮炎。

③其他并发症：如中毒性肝炎、肝坏死、精神病、胆汁淤滞综合征、狼疮样综合征、味觉丧失等，此时应立即停药。

二十五、骨质疏松

【疾病知识】

骨质疏松是一种全身性骨量减少和骨组织微结构破坏，导致骨骼脆性增加，引起骨痛、畸形及易发生骨折的临床综合征。原发性骨质疏松包括绝经后骨质疏松和老年性骨质疏松，是临床上最常见的类型。在我国 60 岁以上骨质疏松患者约为 1.3 亿人，男性在 55 岁以上，女性在绝经后易发生老年性骨质疏松，女性发病率高于男性，是男性的 4 倍。

（一）引起骨质疏松的常见原因

1. 年老体衰。老年人性激素水平下降，骨骼合成性代谢刺激减少；另外，老年人对钙盐和其他营养物质的吸收功能减退，不能维持代谢的正平衡。

2. 生活方式。足够的体力活动与骨峰值的形成有关。活动过少、骨外伤后的制动，由于肌肉缺乏营养，使骨内血循环减少，骨形成作用减退，骨质吸收作用增加，发生骨质疏松。

3. 营养失调。长期营养不良导致蛋白质严重缺乏，骨有机质生成不足而导致骨质疏松。维生素 D 摄入不足或光照减少可造成骨基质形成障碍，从而导致骨胶原的成熟障碍。饮食中长期缺钙亦可引起骨质疏松。另外，吸烟、酗酒、高蛋白和

高盐饮食、大量饮咖啡等也是骨质疏松的危险因素。

4. 遗传因素。据研究骨质疏松可能是多基因遗传的疾病，有明显的种族差异。

5. 药物因素。患某些慢性疾病，长期服用糖皮质激素、抗癫痫药物、过多甲状腺激素治疗、化疗药等药物影响钙的吸收，使尿钙排泄增加，骨量丢失而发生骨质疏松。

（二）骨质疏松后骨骼的变化

骨质疏松时骨膜下的破骨细胞破坏并吸收骨松质和骨皮质，使骨皮质变薄，特别是骨内膜面变薄，髓腔增大，但骨外膜下的成骨细胞仍可缓慢地产生新生的骨组织，因而骨的周径增加。

（三）易患骨质疏松的人群

老年人，更年期后妇女，晚婚、未婚妇女；体格瘦小、没有生小孩或肥胖者；长期不运动或因骨病制动者；从事太空工作者；嗜好高蛋白饮食及长期摄入低钙饮食者；有吸烟、酗酒嗜好，大量饮咖啡、茶者；维生素D摄入不足或少晒太阳者；性激素水平低下或性机能不足者；月经早来，40岁以前早期停经者；长期服用类固醇、解痉剂、利尿剂、抗凝血药、抑酸剂及止痛剂等。患有慢性疾病者，如肾病、肝病、糖尿病等。

（四）骨质疏松患者的症状

骨质疏松在早期症状并不明显，最主要、最常见的症状是疼痛，表现为全身骨骼疼痛、乏力，以腰背部和骨盆等处最为常见，其次为膝关节、肩背部、手指、前臂和上臂。疼痛开始为隐痛，在登楼、改变体位、身体受震动时疼痛加剧。如不防治，疼痛逐渐呈持续性，并逐渐加重。腰背部的疼痛特点为疼痛沿脊柱向两侧扩散，仰卧或坐位时疼痛减轻，直立时后伸、长时间站立或久坐时疼痛加剧。白天疼痛轻，夜间或清晨醒来

时加重，弯腰、肌肉运动、咳嗽、大便用力时加重。另外一些患者以骨折为始发症状，跌倒和碰撞均易引起骨折。50～60岁老年人常见脊椎骨折和桡骨骨折。锥骨骨折后可引起驼背和身体变矮，是骨质疏松的重要临床症状之一。脊柱侧弯和关节变形也很常见。由于胸、腰椎压缩性骨折，脊柱后凸，胸廓畸形，使肺活量和最大换气量显著减少，因而老年人骨质疏松时多数有不同程度的肺气肿，呼吸功能下降，患者往往会出现胸闷、气短、呼吸困难等症状。

（五）治疗原则

由于骨质疏松病程时间长，进展缓慢，早期无症状，不易被发现，当出现症状时骨本质已丢失30%以上，甚至出现骨折时才进行检查治疗。因此，对骨质疏松应采取综合治疗措施，并以预防为主，达到改善临床症状，降低骨折发生率的目的。

1. 预防措施。老年人应合理膳食，少饮酒和咖啡，不吸烟，不滥用镇静剂。妇女绝经后可适当应用雌激素进行替代治疗。同时老年人应注意防止跌倒，减少骨折的发生。

2. 药物治疗。(1) 补充钙剂和维生素D。(2) 性激素补充疗法：雌激素是首选用药。单用孕激素可以采用周期性用药和连续性用药两种方法，合用雌、孕激素可采用序贯合用和联合并用两种方法。药物选择为：尼尔雌醇、替勃龙、炔雌醇和妊马雌酮。(3) 抑制骨吸收的药物：二膦酸盐包括依替膦酸钠和阿伦膦酸盐。降钙素（CT）可抑制骨吸收，促进钙在骨基质中的沉着。

【护理知识】

（一）保证环境安全，预防跌倒

1. 随着人民生活水平的提高，许多家庭住房条件改善，

跃层住房、错层住房逐渐增多，因此当老年人居室内有楼梯时，应注意安装楼梯扶手，梯级应有防滑边缘。居室地面和浴室地面应用防滑地砖或地板并保持干燥，减少地面上物体的堆积以减少障碍物。

2. 加强日常生活护理。指导老年人维持良好姿势，在改变姿势时动作宜缓慢。对于行动不稳者，可以使用手杖或步行器，以增加其行动的稳定性。衣服和鞋要穿着合适，不要紧身也不要过于宽松，有利于活动。

3. 预防意外。对于患有其他慢性疾病如高血压、脑卒中等的骨质疏松老年人，在变换体位、如厕、用药后等要注意意外的发生。

（二）饮食调治

1. 保证充足的钙的供应。老年人应摄入含钙和维生素D丰富的食物。含钙丰富的食物如奶类、蛋类、豆类及豆制品、海产品、猪肉及猪骨、坚果类、玉米、根茎类及一些蔬菜、水果。含维生素D丰富的食物有鱼肝油、动物肝脏、蛋黄、瘦肉、牛奶等。

2. 多吃新鲜蔬菜、水果。新鲜蔬菜和水果含有丰富的维生素A、C、D及铁、锌、磷等微量元素，有利于体内钙质的吸收和骨质的形成。

3. 适量摄取蛋白质和脂肪。蛋白质是合成骨基质的物质，对恢复已丢失的骨质不可缺少。但高蛋白和高脂肪食物会增加尿钙的排出和影响钙质的吸收。蛋白质宜以豆制品、鲜鱼、鲜鸡蛋等为主。脂肪过多，缓冲了肌肉酸质钙不足，对骨质疏松不利。

（三）心理调适

由于疼痛和害怕骨折，骨质疏松病人常不敢运动，且影响

日常生活。应帮助老年人适应其角色变化，因地制宜地作出调整和适应。

（四）预防为主

多数人在不知不觉中患上了骨质疏松，因此骨质疏松的预防尤为重要。据报道，目前骨质疏松的发病率已占各种常见病的第七位，而且目前尚无有效的方法使骨量已严重丢失的老年人恢复正常，因此骨质疏松应以早期预防为主。具体措施如下：

1. 从儿童时期开始预防。

2. 合理饮食。保证钙的供应，适当摄入蛋白质和脂肪，多吃新鲜的蔬菜和水果。

3. 保持良好的生活方式。戒烟，不酗酒，避免过量饮用咖啡及碳酸型饮料。保持良好的生活方式，合理营养，适当户外活动及体力劳动，以及适度的运动，可促进骨质的形成，有利于预防骨质疏松。

4. 定期检测骨密度。骨质疏松在早期一般无症状，因此定期检测骨密度对防治骨质疏松非常有必要。

【用药知识】

（一）钙剂和维生素 D

1. 作用。补充适量的钙，可以缓解疼痛，促进正钙平衡；同时可补充骨质成分，抑制甲状旁腺激素导致的骨质吸收，使骨质疏松减轻。维生素 D 促进钙在肠道的吸收，同时又能活化体内骨细胞，从而使骨形成加速；还可抑制甲状旁腺激素的过度分泌，使骨吸收降低。

2. 钙剂。成人元素钙摄入量不应少于 800 毫克/天。

（1）增加食物中钙摄入量：选择含钙量高的食物，如牛

奶、奶酪、豆制品、虾皮、紫菜、海带等，牛奶中每100ml含元素钙117毫克。

（2）氯化钙（含钙27%）：每天400～800毫克，饭后服用。

（3）碳酸钙（含钙50%）：本钙剂常作为口服钙剂中的首选用药，含钙量高，吸收率高，价格便宜，服用方便。0.5～1.0克，每天2～3次。

（4）葡萄糖酸钙（含钙11%）：口服每次1.5克，每天3次。

（5）乳酸钙（含钙13%）：每次1.5克，每天3次。

（6）钙尔奇D每片含元素钙600毫克、维生素D约125单位，钙吸收率较高。每天服用1～2片。

（7）补充钙剂应注意不间断地长期给予均衡剂量，分多次服用的方法，效果较好。

3. 维生素D。成人需要量每天400单位，老年人需要量每天600～800单位。

（1）主要来源：日光照射。

（2）罗钙全（骨化三醇）：本品是活性维生素D（1，25 $(OH)_2D_3$），无须经肝、肾羟化，直接参与骨化代谢。因此当体内1，25 $(OH)_2D_3$ 合成不足者，可口服每天0.25～0.5微克。

（3）阿法骨化醇（$1\text{-}\alpha\text{-}OHD_3$）：本品为 $1\text{-}\alpha\text{-}OHD_3$，在肝脏羟化为1，25 $(OH)_2D_3$ 参与骨矿代谢。每日0.25～1微克，应长期服用。

（4）维生素D与钙剂联合用药可以加强疗效。

4. 副作用。通常钙剂服用后很少有副作用，个别患者可有便秘、腹胀，补钙过多可引起高尿钙症，易形成泌尿系结石。所以应观察血钙、尿钙，以免发生尿路结石。

5. 注意事项。

（1）补充钙剂时：①不可与含植物酸过多的绿叶蔬菜同时服用，易与钙剂形成复合物而影响钙的吸收。②不可与铁剂同时服用，因会减少铁剂的吸收。③遵医嘱，根据个人具体情况选择钙剂服用。④瘫痪病人定期检查尿钙情况。

（2）使用维生素D时，应与钙剂同服，促进钙剂的吸收。同时注意血钙的情况，以免引起尿路结石。

（二）性激素补充疗法

1. 作用。老年或绝经后妇女，由于雌激素减少，使骨吸收亢进而引起骨量丢失。因此选用骨吸收抑制剂，如雌激素、降钙素、钙制剂。老年人因年龄增大引起老化，导致调节激素失衡，使骨形成低下，因此宜选用骨形成促进剂：活性维生素D、蛋白同化激素、钙制剂。

2. 雌激素。是防治绝经后骨质疏松的首选用药。患者应根据具体情况选择性激素的种类、用药剂量和途径。

（1）尼尔雌醇：口服1～2毫克，每2周1次。3个月后加服安宫黄体酮（孕激素），每日10毫克，共7天。

（2）雌二醇：每天1～2毫克，口服。

（3）己烯雌酚：每天1毫克，连服4周后停药1周。

（4）替勃龙（7—甲异炔诺酮）：具有雌、孕激素的作用。口服每天1.25～2.5毫克。

3. 副作用。约有10%的患者在使用雌激素后出现白带增多、乳房肿胀、子宫不规则出血等副作用。

4. 注意事项。

（1）服药期间应定期作妇科检查和阴道涂片细胞学检查，注意停用后的阴道出血。

（2）长期使用，防止诱发子宫癌、乳腺癌的可能性。

（3）男性骨质疏松患者仅用雄激素，不用雌激素治疗。

（三）抑制骨吸收的药物

1. 作用：抑制骨质吸收。

2. 常用药物。

（1）二膦酸盐：抑制破骨细胞介导的骨吸收，增加骨密度，缓解骨痛。

（2）降钙素：镇痛，抑制骨吸收，促进钙在骨基质中的沉着。

二十六、痛风

【疾病知识】

（一）痛风是一组长期嘌呤代谢紊乱、血尿酸增高的异质性疾病，根据病因可分为原发性和继发性两大类

原发性痛风属遗传性疾病，与肥胖、原发性高血压、血脂异常、糖尿病、胰岛素抵抗关系密切。继发性痛风可能由肾病、血液病、药物及高嘌呤食物等原因引起。

（二）痛风的发生取决于血尿酸的浓度和在体液中的溶解度

当血中尿酸增高，在体液中处于过饱和状态，导致尿酸盐结晶、沉积，引起反应性关节炎和（或）痛风石。

（三）临床表现

1. 发病年龄。体型肥胖的中老年男性和绝经后妇女，5%～25%有痛风家族史。

2. 急性关节炎。

（1）常常是痛风的首发症状。

（2）是由尿酸盐结晶、沉积引起的关节炎症反应。

（3）特点：发病急骤，多于午夜剧痛而惊醒。发作常呈自限性，数小时、数天、数周自然缓解。缓解后可有特征性的脱屑和瘙痒。缓解期可达数月、数年、甚至终生。发作时关节有红肿热痛，也可有关节积液，伴有发热、白细胞增多等全身症状。

（4）受累部位：最易受累部位是踇趾，其次为踝、跟、膝、腕、指、肘等关节。

（5）诱发因素：春秋季节发病，饮酒、高蛋白饮食、脚扭伤是常见的诱因，另外鞋紧、走路多、受寒、劳累、感染、手术等也是诱发因素。

3. 痛风石及慢性关节炎。痛风石是痛风的特征性损害，是尿酸盐以细针状结晶沉淀所造成。累及的部位除中枢神经系统外，主要以关节内及附近和耳廓常见。外观呈黄白色大小不一的隆起，小如芝麻，大如鸡蛋，初始质软，随着纤维增多，逐渐坚硬如石。痛风石附近的皮肤破溃可形成瘘管，不易愈合，排出白色尿酸盐结晶，呈糊状。随着病情发展，累及关节逐渐增多，如下颌、脊柱等关节，软骨功能逐渐下降，关节逐渐僵硬、破溃、畸形。

4. 痛风肾病。90％～100％痛风病人有肾损害。主要是尿酸盐结晶损害了肾组织，表现为蛋白尿、血尿等渗尿，还可发展为高血压、氮质血症，最终发展为肾功能不全。

5. 尿酸性尿路结石。尿酸盐结晶在肾形成结石，结石较大者有肾绞痛、血尿。

6. 痛风与代谢综合征。与痛风伴发的代谢综合征，如肥胖、原发性高血压、高脂血症、2 型糖尿病、高血凝症、高胰岛素血症等。

（四）对痛风目前尚无有效办法根治，主要以迅速终止急性关节炎发作，防止复发；控制高尿酸血症；处理痛风石，提高生活质量为目标

终止急性关节炎发作，可使用秋水仙碱、非甾体类抗炎药、糖皮质激素。间歇期和慢性期可使用促进尿酸排泄的药、抑制尿酸合成药。有功能障碍者保护肾功能、关节体疗，剔出较大痛风石。

【护理知识】

（一）病情观察

老年人自己或家属应注意观察疼痛部位、性质、间隔时间、有无午夜因剧痛而惊醒。观察受累关节有无红肿热痛和功能障碍。有无诱发关节疼痛的诱发因素，如过度劳累、寒冷、潮湿、紧张、饮酒、饱餐、脚扭伤等。有无痛风石的体征，了解结石的部位等。在医生的协助下监测血、尿尿酸的水平及变化。

（二）注意休息，避免过度劳累

急性发作时要绝对卧床休息，抬高患肢，避免受累关节负重，睡觉时可在床上安放支架支撑盖被，减少受累关节受压，缓解疼痛。

（三）关节制动，减轻疼痛

手、腕关节受累时也可使用夹板固定制动，减轻疼痛。

（四）饮食护理

避免进食嘌呤含量高的食物，如鱼虾蟹、动物内脏、肉类、菠菜、蘑菇、黄豆、扁豆、豌豆、浓茶等，避免食用太浓或太刺激的调味品，禁忌烟酒。可多食用碱性食物，如牛奶、鸡蛋、马铃薯、各类蔬菜、柑橘类水果，保持尿液 pH≥7，减少尿酸盐结晶的沉积。对于肥胖的痛风患者，每日热量限制

在1200～1500千卡/天。蛋白质控制在每天每公斤体重1克，碳水化合物占总热量的50%～60%。每天饮水量在2000毫升，促进尿酸由尿液排出。

（五）适当运动，保护关节

尽量使用大块肌肉；不要长时间持续进行负重工作；经常改变姿势，保持受累关节舒适。关节若有不适，或运动后疼痛超过1～2小时，应避免运动，以保护此关节。

【用药知识】

（一）终止急性关节炎发作

1. 秋水仙碱。口服每小时0.5毫克或每2小时1毫克，一日总量4～8毫克，持续24～48小时，或在出现胃肠道症状前停止使用。秋水仙碱对于制止炎症、止痛有特效，应尽早使用。副作用很大，包括恶心、呕吐、腹泻、肝细胞损伤、骨髓抑制、脱发、呼吸抑制等。若病人原有骨髓抑制、肝肾功能不全、白细胞减少时禁用。

2. 非甾体类抗炎药。最广泛应用于痛风治疗的非甾体类抗炎药是吲哚美辛，一次50毫克，一日3次。其他还可用保泰松、布洛芬等。此类药效果不如秋水仙碱，但作用温和，发作超过48小时也可应用。常见的不良反应为恶心呕吐等胃肠道症状。

3. 糖皮质激素。上述两类药物无效时或禁忌时用，一般尽量不用。

（二）间歇期和慢性期处理

1. 促进尿酸排泄药。丙磺舒：初用0.25克，一日2次，两周内增至0.5克，一日3次，一日最大量2克。磺吡酮：50毫克，一日2次，逐渐增至100毫克，一日3次。苯溴马隆：

一日 1 次，25～100 毫克。副作用有皮疹、发热、胃肠道刺激、激发痛风急性发作等。用药期间多饮水，服碱性食物，如小苏打等。

2. 抑制尿酸合成药。别嘌醇：0.1 克，一日 3 次，逐渐增至 0.2 克，一日 3 次。可与促进尿酸排泄药同时合用，作用更强。副作用有胃肠道刺激、皮疹、发热、肝损坏、骨髓抑制等。

二十七、糖尿病

【疾病知识】

（一）糖尿病是一种常见的内分泌代谢性疾病，是由于人体内胰岛素分泌不足和（或）不能有效地发挥作用，从而导致以血液中的葡萄糖含量增高、尿液中糖含量增高为特征的代谢紊乱，同时还有蛋白质、脂肪及水、电解质代谢紊乱等全身性疾病

导致糖尿病的病因与发病机制复杂，至今尚未阐明。目前公认糖尿病并非单一因素导致的单一疾病，是由遗传、自身免疫、环境等多种因素导致的综合征。临床上糖尿病分为四大类型，有 1 型糖尿病、2 型糖尿病、其他特殊类型糖尿病和妊娠期糖尿病。老年人主要以 2 型糖尿病为主。糖尿病对人体的危害很大，它可以使人致残，如导致双目失明，坏疽截肢、心脑血管疾病、肾病等，在一些发达国家，糖尿病导致的死亡仅次于心脑血管疾病和肿瘤占第三位，因此糖尿病是目前严重威胁人类健康的世界性公共卫生问题。

（二）2 型糖尿病属于原发性糖尿病，其发病与遗传高度相关

根据目前研究结果表明，糖尿病发病很可能具有基因遗传

基础，并在某些病毒感染、自身免疫、接触化学物质、长期摄入高热量食物、少运动、老龄化等后天因素的促发下，出现症状而导致疾病的发生。机体摄入食物后，血中葡萄糖升高，此时胰岛素发挥作用，通过促进脂肪、肌肉等组织摄取和利用葡萄糖，从而降低血糖。但当胰岛素功能出现缺陷时，体内胰岛素分泌不足（2 型糖尿病往往是相对不足），因而不能有效地促进机体组织摄取和利用血糖，使血糖浓度升高，导致糖尿病的发生。

（三）2 型糖尿病主要以老年人为主，具有发病过程慢、早期症状相对不明显、体型肥胖，很少发生酮症酸中毒，早期治疗不需依赖胰岛素，通过控制饮食、增加运动量、配合口服降糖药治疗即可改善血糖等特点

其典型表现为“三多一少”，即尿得多、喝得多、吃得多并有体重减轻。除了上述典型表现外，还有皮肤瘙痒、皮肤感染、乏力、视力模糊、餐前低血糖等表现。糖尿病常见的皮肤感染有疖、痈、毛囊炎、汗腺炎、坏疽及蜂窝组织炎，女性病人常易发生外阴瘙痒，也易合并真菌性阴道炎，男性病人易发生龟头炎及尿痛。

1. 老年糖尿病是指年龄在 60 岁以上，或 60 岁以前发病延续至 60 岁以后的老年人。老年糖尿病以干部、知识分子、家庭妇女、退休工人居多，农民相对较少；以 2 型糖尿病居多，1 型糖尿病较少；体型肥胖者居多、消瘦者少；典型的“三多一少”症状较轻或没有，不易发现，往往在健康体检时才发现；合并症和并发症多。

2. 糖尿病对人体的危害主要来源于长期发病而合并的急、慢性并发症。糖尿病急性并发症包括糖尿病酮症酸中毒、糖尿病非酮症高渗性昏迷、糖尿病乳酸酸中毒。

（1）糖尿病酮症酸中毒是由于胰岛素严重缺乏而引起的高血糖、高血酮和代谢性酸中毒。1型糖尿病病人有酮症倾向，2型糖尿病病人在诱因下也可发生酮症酸中毒，表现为疲乏无力、极度口渴、多饮多尿，酸中毒时出现食欲减退、恶心、呕吐、嗜睡、头痛、烦躁，呼吸深大有烂苹果味道，病情发展可出现严重脱水、尿量减少、皮肤干燥、皮肤弹性差、眼球凹陷、脉搏细快、血压下降等严重脱水的表现。晚期反射迟钝，可进入昏迷状态。

（2）糖尿病非酮症高渗性昏迷也是糖尿病急性代谢紊乱的一种，以50～70岁的老年人为主，是以重度脱水、高血糖、高血钠、高血浆渗透压和神经症状为主要表现，但无明显酮症倾向的综合征。主要表现为原有的糖尿病症状加重，主要是多尿、多饮，但多食不明显，出现食欲减退，失水逐渐加重，出现了嗜睡、幻觉，对人物关系、时间关系、空间位置定位不准确，甚至偏盲、偏瘫等，最后陷入昏迷。病人血糖高达33.3毫摩尔/升以上，血钠可在155毫摩尔/升，血浆渗透压显著升高，超过350毫摩尔/升。

糖尿病慢性并发症主要包括糖尿病视网膜病变、糖尿病性白内障、糖尿病神经病变、糖尿病肾病、糖尿病心脑血管病变、糖尿病足等。

（1）糖尿病视网膜病变：是最常见的慢性并发症，也是导致糖尿病病人失明的主要原因。当糖尿病发病超过10年，其发生率达50%。病变主要表现为视网膜微血管瘤及出血、水肿、渗出、微血栓等，病人可因玻璃体出血和视网膜剥离而失明。

（2）糖尿病性白内障：老年糖尿病白内障及其表现与非糖尿病白内障相似，但具有发病年龄早，病变发展快的特点。

（3）糖尿病神经病变：以周围神经病变为主，表现为两下肢或四肢末端感觉异常，其分布如袜子、手套状，有麻木感，针刺样疼痛感、蚁走感或踏棉垫感。严重时有肢体疼痛，呈隐痛、刺痛，往往在夜间和寒冷冬季加重。也可能出现痛觉丧失，使创伤感染后不能及时发现。当后期累及运动神经时，可有肌力减弱，甚至肌肉萎缩和瘫痪。肌肉萎缩主要是手、足的小肌肉和大腿上的肌肉。糖尿病自主神经损害也比较常见，主要影响胃肠道、心血管、泌尿系统和性器官功能，表现为瞳孔改变、多汗或无汗、变换体位时血压降低、心跳加快、腹泻或便秘以及尿潴留、尿失禁、排便不尽、阳痿等。

（4）糖尿病肾病：由于糖尿病导致肾脏微血管病变，使尿中蛋白质增加，出现蛋白尿。由于尿中大量蛋白质的排出，导致血浆中蛋白质逐渐降低，而导致全身浮肿，肾功能逐渐减退，血尿素氮、肌酐升高，导致肾功能衰竭而危及生命。

（5）糖尿病心脑血管病变：是2型糖尿病严重而突出的并发症。由于糖代谢和脂质代谢异常，导致动脉粥样硬化，主要累及主动脉、冠状动脉、大脑动脉、肾动脉和肢体外周动脉，引起冠心病、脑梗塞、中风、糖尿病肾病、糖尿病足等。糖尿病对心脏的影响最终导致糖尿病心脏病，出现心绞痛、心肌梗死、心律失常、心力衰竭和猝死。老年糖尿病合并心肌梗死时，多为无痛性，容易漏诊。

（6）糖尿病足：由于末梢神经病变、下肢动脉供血不足及细菌感染等因素，引起足部疼痛、皮肤深部无痛性溃疡、肢端坏疽等病变。糖尿病坏疽一般发生在四肢末端，但也可能发生在头部、颈部、背部和臀部，是糖尿病致残致死的原因之一。由于糖尿病足危害较大，动脉血栓、鸡眼、烫伤、

脚癣、冻伤、外伤等均可诱发糖尿病足，故应早期发现，及时治疗。

（四）糖尿病治疗

1. 糖尿病教育。通过普及糖尿病防治的基本知识，让病人掌握简单的监控手段，如测定尿糖、血糖的技术，学习调节饮食摄入，恰当地选择和安排运动，明确治疗的目的，在治疗中取得病人的积极配合，提高病人的自我管理能力。从而及时发现病情变化，及早采取治疗措施，避免和延缓各种并发症的发生，提高糖尿病病人的生活质量。

2. 运动疗法。运动可以提高胰岛素的敏感性，同时促进机体组织对糖的利用，从而达到降低血糖的目的。应根据病人年龄、性别、体力、病情及有无并发症等不同情况，安排运动量，做到循序渐进、长期坚持。对有心、脑血管疾病或严重的微血管病变的病人，要视自己情况来安排。

3. 饮食疗法。饮食控制对糖尿病病人，尤其是老年病人、肥胖体型、症状轻微或无的病人来讲是治疗的主要措施。节制饮食目的在于维持标准体重，减轻胰岛 B 细胞的负担，使血糖、血脂达到或接近正常水平。

4. 药物治疗。包括口服降糖药、胰岛素及中草药治疗。口服降糖药有磺脲类、双胍类、α-葡萄糖苷酶抑制剂和胰岛素增敏剂。

5. 血糖监测。血糖是反映糖尿病控制情况的重要指标，血糖监测对于指导糖尿病治疗具有重要意义。通过血糖监测，可以及时调整饮食摄入，运动量以及药物，达到控制血糖的目的。由于目前糖尿病控制标准尚无统一规定，可以参考以下作为糖尿病控制标准：

表 4—1 糖尿病控制标准

	空腹血糖	餐后 1 小时	餐后 2 小时	餐后 3 小时
血糖控制好	<6.1mmol/L	<8.3mmol/L	<7.2mmol/L	<6.1mmol/L
血糖控制较好	<7.2mmol/L	<10mmol/L	<8.3mmol/L	<7.2mmol/L
血糖控制一般	<8.3mmol/L	<11.1mmol/L	<10mmol/L	<8.3mmol/L
血糖控制差	>8.3mmol/L	>11.1mmol/L	>10mmol/L	>8.3mmol/L

【护理知识】

（一）饮食指导

1. 总热量。首先计算理想体重。根据老年人性别、年龄、身高推算理想体重。理想体重（公斤）＝身高（厘米）－105，然后根据理想体重计算每日所需总热量。成年人休息状态下每日每公斤体重给予热量 25～30 千卡，轻体力劳动 30～35 千卡，中度体力劳动 35～40 千卡，重体力劳动 40 千卡以上。老年人一般退休在家，做做运动和家务，可以按轻体力劳动计算。

2. 三大供能物质分配。三大供能物质是指碳水化合物（即淀粉类食物）、蛋白质和脂肪。碳水化合物约占饮食总热量的 50%～60%，以粗制米、面、杂粮为主。蛋白质占饮食总热量不超过 15%，可按每日每公斤理想体重 0.8～1.2 克计算；糖尿病合并有肾病的老年人应限制在 0.8 克，血尿素氮升高者应限制在 0.6 克以下，其中 1/3 来源于动物蛋白。脂肪约占总热量 30%，以植物油为主。

3. 每餐热量分配。每日按老年人进餐习惯，将热量进行分配。如每日三餐习惯，则按 1/3、1/3、1/3 或 1/5、2/5、2/5 分配热量，如有每日三餐及额外加餐习惯，则按 2/7、2/7、

2/7，加餐为 1/7 分配热量。

4. 注意事项

（1）严格进食时间：对于用药物控制血糖的老年人尤其重要，避免低血糖发生。

（2）严格控制总热量：关键是控制饮食。在饮食中加入绿叶蔬菜，既不增加总热量，又有饱腹感。忌吃油炸食品。脂肪摄入以植物油为主，少食动物内脏等胆固醇含量高的食品。限制饮酒。食盐用量每日不超过 6 克。

（3）严格限制甜食：可使用木糖醇、蛋白糖等甜味剂，增加甜味。

（4）照顾病人饮食习惯：如改善烹调方法，增加食物种类的选择。

（5）保持大便通畅：提倡多食含纤维素高的食物，如绿叶蔬菜、粗谷物、杂粮、含糖低的水果等。高纤维素食物可以加速食物通过肠道，延迟和减少糖类食物在肠道的吸收，降低餐后高血糖。

（6）每周定期测量体重。

（二）运动治疗

1. 运动方式的选择。以散步、打太极拳等有氧运动为宜。对于应用药物降糖的老年人运动应定时、定量。

2. 注意事项。

（1）根据老年人病情、糖尿病控制情况及体力决定运动量、运动时间、运动方式。

（2）运动时间安排在餐后，不宜过长。

（3）运动时注意观察有无胸闷、胸痛、头痛、视力模糊等症状的出现。出现上述症状及时停止运动，及时就医。

（4）运动时佩戴糖尿病卡，注有老年人姓名、年龄、家庭

住址、联系电话、病情等，以备急需。

(5) 养成记录运动日记的习惯。

(三) 预防感染

1. 老年人注意个人卫生，保持全身和局部清洁。加强口腔、皮肤和会阴部的清洁。

2. 选择质地柔软、宽松的内衣。

3. 注意观察发热、皮肤红肿热痛等疖、痈的表现。及时发现，及时处理。

(四) 糖尿病足的护理

1. 糖尿病足的观察与检查。观察足部的皮肤颜色、温度，有无甲癣、红肿、刺痛、水肿、溃疡、坏死等。

2. 加强足部的保护。选择合适的鞋袜。鞋子要柔软、宽大，不穿塑料鞋和露趾鞋。袜子要弹性好、透气、散热性好，最好为羊毛织品或棉织品。

3. 加强足部清洁。勤换鞋袜，每日用中性肥皂和温水清洁足部。注意清洗趾间，用柔软的干毛巾轻轻擦干，避免过度揉搓，导致破溃。指甲修剪避免过短，导致甲沟炎。

4. 改善肢端血液循环。冬天注意足部保暖，但避免使用热水袋，以免造成烫伤。做足部按摩，方向由足端向上。每天进行适度的运动，如做下肢肌肉收缩练习，经常变换体位、抬高患肢，以促进静脉回流。不穿紧口袜子，不要长时间盘腿或两腿交叉坐。积极戒烟。

(五) 尿糖和血糖的监测

1. 尿糖的监测。

(1) 试纸法：指用尿液葡萄糖试纸进行尿糖的检测，方法简单，易于掌握，灵敏度高，特异性好，便于糖尿病患者的自身监控。

（2）监测方法：将监测试纸条浸入新鲜尿液中5秒钟后取出，弃去多余尿液，在自然光线或日光灯下与标准版比色判断结果。

（3）注意事项：①尿液必须新鲜。②服用大量维生素C和利尿剂时易出现假阴性结果。③试纸应保存在阴凉干燥的地方，避免阳光直晒，取出后立即使用。④试纸条浸入尿液取出后应立即进行比色，否则随时间延长，试纸条颜色加深影响结果的判断。⑤不能使用过期试纸。

2. 血糖的监测。

（1）血糖测试仪：使用袖珍仪器对毛细血管血糖进行监测的方法。仪器可随身携带、需血量少、反应时间短、操作简单、便于自己操作，测试范围大且性能稳定。

（2）监测方法：在专业人员的指导下或根据仪器使用说明书进行操作。

（3）注意事项：根据监测目的决定监测时间和次数。根据使用说明采血、检测。采血部位一般选择毛细血管较丰富的部位，如指尖、耳垂等处。若由于温度低血不易采集，则在采血前用热毛巾捂手或将手浸泡在热水中，促进局部血液循环。采血针每次用完后弃去，避免重复使用。注意无菌操作。

【用药知识】

药物治疗糖尿病主要分为口服降糖药和胰岛素。对于老年病人来讲，主要以2型糖尿病为主，因此首先使用口服降糖药物。

（一）口服降糖药有磺脲类、双胍类、α-葡萄糖苷酶抑制剂和胰岛素增敏剂

1. 磺脲类降糖药。

（1）种类：第一代磺脲类降糖药有甲苯磺丁脲（D860）和氯磺丙脲。由于氯磺丙脲易产生不易恢复的低血糖，因此目前临床上已较少使用。第二代磺脲类降糖药有优降糖、达美康、美吡达、糖适平、克糖利等，目前广泛用于临床。

（2）作用：主要是刺激胰岛B细胞分泌胰岛素，也有增加周围组织对胰岛素的敏感性，增强了对胰岛素的利用，从而达到降低血糖的作用。

（3）副作用：①低血糖反应：这是最常见的副作用，严重时可引起低血糖昏迷。低血糖可以诱发心绞痛、心肌梗死、脑血管意外，造成不良后果。老年糖尿病人还应注意，当出现肝肾功能障碍时，由于药物在体内代谢及排泄缓慢，容易发生持久低血糖。②对造血系统的副作用：可造成白细胞减少，最为常见。其他副作用可有粒细胞缺乏、血小板减少、溶血性贫血或全血减少等。③对消化系统的副作用：主要引起上腹部不适、恶心、呕吐、消化不良或食欲下降等。④其他副作用：皮肤瘙痒、皮疹、过敏性皮炎，大量服用还可出现头痛、头昏、嗜睡、肌肉无力、神经失调等。

（4）几种常用降糖药的使用方法及注意事项：

①优降糖：

剂型：国产每片2.5毫克。

使用方法：初用此药时，如空腹血糖小于11.1毫摩尔/升，可于早餐前服用优降糖1.25毫克；如空腹血糖大于11.1毫摩尔/升，可于早餐前服用优降糖2.5毫克，并监测血糖和尿糖，每3—6天调整一次剂量。增加药物剂量前最好测空腹血糖、午餐前和午餐后2小时血糖、睡前血糖，如未达标，继续调整剂量，直至达到控制标准。

注意事项：服药后30分钟内必须进餐，因优降糖服用后

20 分钟开始发挥作用，1.5～4 小时作用最强，不进餐或迟进餐均易造成低血糖反应。午餐和晚餐也要按饮食治疗要求定时、定量进餐。

药物作用最强时不要随意增加运动量和体力活动，以免诱发低血糖。

年龄较大老年人不宜选择此药，因优降糖代谢产物经过肾脏代谢，当肝肾功能不好时，影响优降糖的排泄。服用优降糖期间不能饮酒，也避免和增强磺脲类降糖作用的药物同时使用。

②美吡达：

剂型：每片 5 毫克和每片 10 毫克两种剂型。

剂量范围：每日 5～10 毫克，常用剂量 15～20 毫克/日。

服用方法：开始剂量 2.5～5 毫克，早餐前 30 分钟一次服用。空腹血糖大于 11.1 毫摩尔/每升，有明显症状者，开始剂量可用 5～10 毫克/升，于早餐前 30 分钟服用。服药 3—6 天后，根据血尿糖情况逐渐调整剂量直到血糖控制达标为止。当每日剂量超过 15 毫克，可分为 2～3 次，餐前 30 分钟口服。

注意事项：

服用美吡达，注意药物剂量和饮食控制，避免低血糖发生。

对于重症糖尿病、糖尿病高渗昏迷、酮症酸中毒、合并应激状态者禁止使用此药。对于肾功能不全者，慎用此药。

③达美康：

剂型：每片 80 毫克。

剂量范围：每天 40～240 毫克。

服用方法：如空腹血糖小于 11.1 毫摩尔/升，初始剂量应从每日 40～80 毫克开始，在早餐前一次服用。如空腹血糖大

于 11.1 毫摩尔/升，应从每日 80～160 毫克开始，当每日剂量超过 80 毫克，分两次服用。服药 3—6 天后，根据血尿糖情况逐渐调整剂量直到血糖控制达标为止。

注意事项：注意达美康引起的低血糖反应。肝肾功能衰竭者禁用此药。老年人使用时应减少剂量。

2. 双胍类降糖药。

（1）种类：目前临床常用降糖药有两种，一种是降糖灵（苯乙双胍），一种是降糖片（二甲双胍）。

（2）作用：本类药通过增加机体对胰岛素的敏感性，增加周围组织对糖的利用，抑制糖的吸收和肝糖异生等途径，最终导致血糖下降。

（3）副作用：胃肠道反应，表现为口干苦、金属味、厌食、恶心、呕吐、腹泻等；过敏反应，表现为皮肤红斑、荨麻疹等；肝肾功能不全者、低血容量性休克和心力衰竭等缺氧情况下，易诱发乳酸性酸中毒。

（4）使用方法及注意事项：

降糖灵：

剂型：每片 25 毫克。

使用方法：初始剂量为 25 毫克，每日 2～3 次，餐前服用。国内主张每日剂量以 75 毫克为宜。

注意事项：有肝肾功能不全者、休克、充血性心力衰竭及各种急慢性并发症伴有缺氧的老年人不宜使用。使用过程中应监测酮体，当病人出现酮体时，应立即停止服用而改用胰岛素治疗。每日剂量不宜过大，以免发生乳酸性酸中毒。

降糖片：

剂型：每片 250 毫克。

使用方法：初始治疗时每次 250 毫克，一天 2 次，餐前服

用。服药后每 3—6 天根据血、尿糖情况调整剂量，可逐渐增加到每天 1 500 毫克。血糖控制满意后须长期服用者，可根据血糖情况逐渐减量，直到选择一维持剂量长期服用。

注意事项：治疗期间应定期检查肝肾功能，心肝肾功能不全者禁止使用。服药期间禁止饮酒。患有急慢性缺氧性疾病时慎用此药。

3. α-葡萄糖苷酶抑制剂。

种类：阿卡波糖

作用：通过抑制小肠黏膜上皮细胞表面的α-葡萄糖苷酶而延缓碳水化合物的吸收，降低餐后高血糖。

适用证：2 型糖尿病人，空腹血糖正常而餐后血糖明显升高者。

使用方法：初始剂量为 25 毫克，每日 3 次，可在进食第一口饭时服用。最大剂量可用至 100 毫克，每日 3 次。

副作用：胃肠道反应，如腹胀、腹泻、肠鸣音亢进、排气增多。

使用方法：与磺脲类降糖药或胰岛素合用时，可发生低血糖反应，当发生低血糖时，应直接给葡萄糖处理，进食双糖或淀粉类食物无效。肝功能不正常者慎用，胃肠功能障碍者忌用。

4. 格列酮类药物：胰岛素增敏剂。

作用：增强靶组织对胰岛素的敏感性，减轻胰岛素抵抗。

适用证：2 型糖尿病伴有胰岛素抵抗的病人。

使用方法：罗格列酮每天 4～8 毫克，一次或分次口服。

（二）胰岛素

1. 适用证。对于 2 型糖尿病人经饮食治疗、口服降糖药物无效时，或因应激、感染、外伤、手术、急性心肌梗死等情况下，或发生酮症酸中毒、高渗性昏迷时，或伴有严重营养不

良、长期消耗性疾病者均需胰岛素治疗。

2. 治疗目的。由于老年人所患糖尿病多数为 2 型，使用胰岛素不是补充不足，而是协助调整高血糖、高血脂及控制症状，使代谢紊乱得以纠正，高血糖得到有效控制。

3. 种类。

(1) 按照来源分为：猪胰岛素、牛胰岛素、人胰岛素。

(2) 按照作用时间长短分为：短效、中效、长效。

4. 使用方法（见表 4—2）。

表 4—2 胰岛素制剂类型及作用时间

	种类	作用高峰时间	作用持续时间
短效胰岛素	普通胰岛素 结晶锌胰岛素 半慢胰岛素锌悬液	1～3 小时	5～7 小时
中效胰岛素	低鱼精蛋白锌胰岛素 慢胰岛素锌悬液	6～10 小时	18～24 小时
长效胰岛素	鱼精蛋白锌胰岛素 特慢胰岛素锌悬液	14～20 小时	24～36 小时

5. 注意事项。

(1) 在医生指导下使用胰岛素，严格掌握适应证和禁忌证。

(2) 胰岛素保存：冰箱内冷藏保存或在常温（低于 29℃）下保存，注意经常检查是否过期和变质。

(3) 注射器的选择：1 毫升注射器，或胰岛素专用注射器，胰岛素笔。

(4) 严格无菌操作，包括注射部位及注射用具。

(5) 混合使用：长短效胰岛素混合使用时，应先抽短效胰

岛素，再抽长效胰岛素。以免长效胰岛素混入短效胰岛素中而失去速效作用。

（6）注射部位的选择：可选择上臂外侧、腹部、腰部、臀部、大腿前侧和外侧。以上部位轮换选择，同一部位在 8 周内避免重复注射。

（7）注射时间：餐前 15—30 分钟。

（8）注射方法：皮下注射法。每次进针角度相同，每两个注射部位进针间隔 3 厘米。

（9）教会老年人学习注射方法，提高自我管理能力。

6. 胰岛素的副作用。常见为低血糖反应，表现为强烈饥饿感、心慌、手抖、出汗、头晕无力等，应及时给予糖水或高糖食物，注射葡萄糖液以纠正低血糖。过敏反应是由于制剂不纯导致，表现为注射部位红、肿、发炎、硬结或皮疹，应更换制剂类型，更换注射部位，严重者脱敏疗法。

二十八、类风湿关节炎

【疾病知识】

类风湿关节炎是一种病因尚未明了的慢性自身免疫性疾病。主要表现为周围对称性的多关节慢性非特异性炎症，可伴有关节外的系统性损害，例如引起皮下类风湿结节、心包炎、心肌炎、肺纤维化、胸膜炎、脾肿大、肾淀粉样变、周围神经炎、动脉炎等多种病变，有时还可能侵犯眼睛，引起巩膜炎、虹膜炎。

（一）起病特点

在出现明显关节症状之前，多表现有几周到几个月的疲倦

无力、体重减轻、食欲不振、低热、手足麻木刺痛和全身肌肉酸痛等前驱症状。起病方式分慢性和急性，老年人最多见的情况是慢性起病，以对称性的手腕关节炎为主要表现；其次为缓慢的单个大关节（如膝、肩）起病；再次为急性多关节炎（如手、腕及大关节）起病。

（二）关节症状

发病时可累及单关节、小关节和多关节，且多呈对称性。最常累及的是靠近手（脚）掌的指间关节、掌指关节和腕关节，极少侵犯远离手（脚）掌指（趾）关节。受累关节早期表现为关节疼痛、肿胀、晨僵和功能障碍。晚期因滑膜炎，关节可出现不同程度侵蚀性改变；肌腱韧带受损和肌肉萎缩使关节不能保持在正常位置，关节可发生进行性强直和畸形。

1. 晨僵。95%以上的患者有关节晨僵。晨僵是指病变关节在夜间静止不动后，晨起时出现较长时间的受累关节僵直和活动受限，常伴有肢端或指（趾）发冷和麻木感。它是关节受累的第一个症状，大多出现在关节疼痛之前。起床后经活动或温暖后晨僵症状可减轻或消失。

2. 关节疼痛与压痛。关节疼痛多呈对称性、持续性，时轻时重。通常病情越重，疼痛的程度越重。往往于活动后逐渐减轻，休息后刚开始活动时又加重，也常在早晨、夜里、阴天下雨、寒冷、受冻、感冒时加重。疼痛的关节可有明显压痛与触痛。此外，受累关节可伴肿胀和发热感，但局部多不红。

3. 关节肿胀。凡受累的关节均可出现肿胀，说明炎症较重。关节肿胀在四肢小关节最易检查出来，而肩、髋等大关节肿胀却不易发现。肿胀的程度通常与疼痛的轻重相平行，肿胀愈明显，疼痛愈严重，甚至出现剧烈疼痛和终日关节疼痛，但仍以清晨症状最显著。发生关节肿胀的原因是关节积液、周围

稳定，更容易受损伤。用力的时候，小关节（如手指关节）就更易出现变形。因此，在日常生活中，老年人应尽量利用较大和有力的关节，如提重物时，尽量不用手指而用手臂和肘关节，不只是用手指作支撑，应以手掌来支撑。

2. 避免关节长时间保持一个动作。老年人不要长时间站立，在适当时候坐下来休息。坐下时经常变换坐姿，转换双脚位置，舒展下肢筋骨，或起来走动一下。应避免手指长时间屈曲，如写字、编织、打字、修理，应不时停下来休息，舒展一下手指。

3. 避免关节长期处于变形位置。无论在睡眠、走路或坐下，都要保持良好姿势。

4. 避免过度体力消耗。要注意减少工作和日常生活的体力消耗，如家里物品的放置应科学合理，轻便和不常用的物品放在高处，常用物品放在伸手可及的地方，笨重和不常用的物品放在柜子的下面。安排好工作的程序，尽量使用工具，以减少弯腰、爬高、蹲下等动作。搬物品时，可使用手推车，以节省能量。

（二）日常生活中的关节保护

1. 早期如能积极配合正规治疗，多数患者可保持较好的关节功能，生活能自理，并能参加工作。晚期如出现某种残废时，关节功能会受到明显的影响。

2. 患者日常生活活动训练的目的是为了使病残者无论在家庭或社会，都能够不依赖他人而独立生活。对肢体有不同程度残废的老年人，以下细节应需特别注意：

（1）起床：有困难时，可用绳梯帮助。

（2）洗澡：洗不到背部时，可用长柄刷；手拿不稳肥皂时，可改用沐浴液；如拿浴巾有困难时，可在浴巾两端缝上提

手，套在手上。

(3) 上厕所：坐厕两旁墙壁上可安装扶手以帮助起身。

(4) 穿衣：可用辅助器具帮助穿衣、穿袜、穿鞋。

(5) 用餐：勺匙柄可加粗，以便使用。

(6) 洗漱：用长柄式水龙头；避免用手指用力洗头，应使用洗头刷；避免用手指挤牙膏，应使用手掌挤压。

(7) 取物：避免用手指用力使用衣夹、指甲钳、喷雾剂；避免用一两个手指拉抽屉；避免用手指提起水壶。

(8) 开门：粗大的钥匙有利于保护手指关节，所以尽量配备粗大钥匙开门。

(三) 运动疗法

在病情许可情况下，可以适度进行运动。运动的优点是可以改善血液循环及代谢，增强体质与毅力，利于改善和恢复关节的运动功能，预防关节骨质疏松和肌肉萎缩，减少关节强直与畸形。正确处理方法是急性发作期以休息为主，加强营养，使肿胀关节处于功能位制动。炎症静止期则应进行功能锻炼。可做一些关节负重小或不负重的活动（如仰卧在床上作髋关节、膝关节、踝关节的屈曲运动），还可以辅以理疗。需要提醒的是每日活动量应由小到大，活动时间逐渐增加，循序渐进。

关节活动操简单易行，可于起床后和睡前进行，每个动作至少做 10 次：

1. 颈部运动。放松颈部，头向上下运动；慢慢向左右转动；头向两侧屈，耳朵尽量贴向肩部。

2. 肩部运动。向前后、左右、上下各方向活动肩关节，做圆形运动；双手握在一起放在头后，双肘尽量向后拉。

3. 手腕运动。手腕上下、左右活动。

4. 手指运动。手指分开、并拢，手指屈曲、伸直；拇指与其他手指一个一个地对指。

5. 下肢运动。分别活动髋关节、膝关节、踝关节、脚趾关节，方法与上类似。

（四）饮食护理

由于本病处于长期的慢性消耗中，因此要注意选择高蛋白、高维生素和易消化的食物，经过合理的营养搭配及适当的烹调，保持良好的色香味，尽可能提高患者食欲。也可以针对患者增加餐饮量或次数，以供给足够的热能，从而使患者饮食中的营养及能量能满足机体的需要。对于动物内脏、海鲜、咖喱、辣椒等高脂肪、高嘌呤、碱性、刺激性强的食品不宜过多摄入。

（五）日光疗法的护理

类风湿关节炎患者应该多晒太阳。多晒太阳在医学上称为“日光浴”，即让体表皮肤直接暴露在阳光下，按一定顺序和时间要求进行系统照晒，利用太阳光的辐射作用治疗疾病或强身健体。

1. 日光浴分为局部照射和全身照射。局部照射指用白布单遮掩身体不照射部位而日光只照射某一部位；全身照射指裸体置于阳光之下。全身照射时应有一定顺序，有坐位与卧位两种姿势。坐位时先照射背部与下肢，后照射腹部与上肢；卧位时先俯卧位，后左侧卧、仰卧、右侧卧。

2. 在接受日光照射前，应进行一些准备工作，具体措施包括：

（1）物品准备：白布单、草帽或遮阳帽、太阳伞、太阳镜、治疗床、卧垫、日照计。

（2）场地选择：原则是空气清新，没有污染，如草地、公园、河边、海滩、沙滩。在城市，可选择空气流通、干燥向阳

的屋顶、阳台或日照充足的阳光室等。

（3）在进行日光浴前，应在遮阴处先做空气浴 5—10 分钟，使机体适应室外气温。

3. 照射时间。一般选择上午 9：00—11：00 时，下午 3：00—5：00 时，夏季以上午为宜，冬季以下午为佳。空腹及饭后不宜立即进行日光浴，饭后 1 小时进行较好。夏季进行日光浴时，以每日照射 5 分钟开始，以后每日增加 3—5 分钟，经过 1 周左右，达到每天 30 分钟。若无不良反应，再隔日增加 5 分钟，逐步达到每天照射 60 分钟。冬季日光浴时间可以相应延长一些。

4. 类风湿关节炎多采用局部照射，用光线较强、温度较高的日光照射。伴有活动性肺结核、心力衰竭及发热性疾病时禁用日光浴。在进行日光浴数日后，如发现全身不适，出现疲劳、失眠、食欲不振等现象时，应暂停日光浴。若皮肤红肿应中止日光浴。同时注意不应在日光浴中看书看报，以免对眼睛造成损伤。

（六）心理调节

关节疼痛、害怕残疾或已经面对残疾、生活不能自理、经济损失、家庭和朋友等关系改变等诸多因素，不可避免地给老年人带来精神压力。他们渴望治疗，却又担心药物的不良反应或对药物实际效果信心不足，这又加重了老年人的心理负担。抑郁是此类老年人常见的精神症状，严重的抑郁不利于疾病的恢复。因此在积极合理的药物治疗的同时还应注重心理治疗。

社交娱乐活动有助于老年人保持良好的心理状态，增强战胜疾病的信心；有助于增进人际关系，避免逃避环境、离群独处等情况的发生；有利于提高老年人对生活的兴趣和热情。所以患有类风湿的老年人不能停止社交娱乐活动，应积极主动地

融入社会的大家庭中。

【用药知识】

1. 非甾体类抗炎药（NSAIDs）是治疗本病的基本药物，主要有布洛芬、吲哚美辛、炎痛喜康等药物。它们可引起胃肠道不良反应，如消化不良、恶心、呕吐、胃炎、胃及十二指肠溃疡和出血等；也可使肾脏血管收缩，肾血流量减少和肾小球滤过率降低，引起缺血性肾损伤、水钠潴留、水肿、高血钾、血尿、蛋白尿，长期大量使用可发生间质性肾炎和肾乳头坏死；还可引起肝功能损害、皮肤损害、神经系统损害、造血系统损害等。

2. 缓解病情抗风湿药（DMARDs）。此类药物不具备即刻止痛与抗炎作用，但可影响患者的异常免疫功能，从而有改善和延缓病情进展的作用。主要有以下 3 种：

（1）甲氨蝶呤（MTX）：主要是免疫抑制作用和直接抗炎作用。每周 1 次，7.5—15 毫克/次，口服、肌注或静注均有效。常见的副作用有胃肠道不良反应（腹泻、食欲不振、恶心、呕吐）、瘙痒、高血压、口腔炎、肝功能障碍、一过性白细胞减少、脱发、皮疹、头痛、全身倦怠、肝纤维化等，发现这些副作用时应停药。

（2）羟氯喹：每天 200—400 毫克。本药有蓄积作用，长期积累的高浓度，对视网膜色素层有损害，造成视力减退、视力模糊、直至失明，患者需要定期（每 6 个月）进行眼科检查以早期发现可逆的视网膜损害。其他的副作用有胃肠不适、肌肉无力、皮肤色素沉着、周围神经病变、头痛头晕、皮疹瘙痒和耳鸣等。

（3）柳氮磺胺吡啶：本药物的代谢产物具有抗炎和可能的免疫抑制作用。药物使用由小剂量开始，有助于减少不良反

应。口服0.25—0.5克/天，之后每周增加0.5克，逐渐加量到2克/天，如疗效不明显，最多可用到3克/天。副作用包括胃肠道反应（恶心、呕吐、食欲不振、消化不良和腹部不适）、过敏（皮疹）、无症状性转氨酶增高、可逆性精子生成减少、头痛和眩晕等，偶见骨髓抑制（白细胞、血小板减少）。

3. 糖皮质激素。此类药物有强大的抗炎作用，能迅速减轻关节疼痛与肿胀。也具有免疫作用，但小剂量主要是抑制前列腺素 E_2 的产生。用法：糖皮质激素用量应保持在最小有效剂量，即能用小剂量时不用大剂量。小剂量是指泼尼松≤10毫克/天或等效的其他激素，使用该剂量可以使大多数患者的症状得以缓解。长期口服糖皮质激素，即使是小剂量也会有不良反应。包括骨质疏松、高血压、体重增加、体液潴留、血糖升高、白内障、皮肤脆性增加、潜在的过早动脉硬化及机会性感染等。

4. 雷公藤多甙。该药物既有抗炎、镇痛作用，又有免疫抑制作用，对淋巴细胞、单核细胞和巨噬细胞均有影响，可改善微循环，增强肾上腺皮质功能。用法：开始每次20毫克，每天3次，病情控制后，每次10毫克，每天维持2—3次。副作用有胃肠道症状（恶心、呕吐、腹痛、腹泻）、月经紊乱、女性闭经、精子生成受抑制、肝肾损害、白细胞减少、皮疹或色素沉着等。

二十九、骨性关节炎

【疾病知识】

骨性关节炎是一种以关节软骨退行性病变及关节边缘骨赘

形成为特征的一组疾病，多见于中老年。临床可产生关节疼痛、压痛、弹响、关节积液、活动受限、关节畸形以及不同程度的局部炎症，但一般无全身症状。以往本病常称为骨关节病、骨质增生、退行性关节病、老年性关节炎、肥大性关节炎等。

（一）病因

一般认为骨性关节炎与患者自身易感因素，以及导致关节生物力学异常的机械因素有关。易感因素包括高龄、肥胖、性激素、骨密度、过度运动、代谢障碍及遗传因素等；机械因素包括创伤、关节形态异常、长期从事反复使用某些关节的职业、剧烈竞技活动所致损伤等。

（二）本病缓慢起病，随年龄增长发病增多，仅影响关节而不会累及体内的其他脏器

1. 关节疼痛。隐匿发作，持续钝痛。通常首发症状是随着干活、负重或锻炼后而出现的关节疼痛，稍活动后疼痛反而减轻；但如活动过多，因关节摩擦而疼痛加重。

2. 关节晨僵和粘着感。随病情发展，晨僵持续时间可延长。长时间静止保持一定体位后，开始活动时会感觉关节僵硬，如粘住一样，称之为粘着感，要经过一定时间才感到自如，多见于老年人的下肢关节。

3. 其他症状。患者常主观感觉关节不灵活，有时负重关节可发生突然的功能丧失，活动时常能听到关节内“咔吧”的响声或摩擦声。

4. 体征。受累关节可有压痛、被动运动时疼痛、关节活动弹响和关节肿胀。关节活动弹响以膝关节多见。

（三）治疗

包括全身药物治疗、局部关节内注射药物、关节腔内冲洗、关节局部外用药、运动疗法、外科手术、物理治疗、牵引

疗法、推拿与针灸、中医中药和其他方法等。

【护理知识】

虽然骨性关节炎的治疗方法已经有了很大的进展，但许多患者的有效治疗并不是药物和外科手术就能办到的，自我保健和综合治疗方案仍然是使患者享有积极、健康生活的关键。将药物治疗与锻炼、放松休息、社会支持等有机结合起来，可以提高骨性关节炎患者及其家属的生活质量。患者能够进行自我保健，不仅花费少而且行之有效，可减轻疼痛，减少用药量。主要措施包括：

（一）控制关节疼痛

骨性关节炎的关节疼痛是最主要的症状之一，如果药物治疗效果不佳，可采用以下方法：

1. 可以使用热毛巾、暖水袋或洗热水澡，可使关节保持一定的热度和湿度，有助于减轻疼痛和僵硬。
2. 使用冰袋敷在痛处来缓解疼痛或使疼痛部位麻木。
3. 做柔和的伸展性锻炼。
4. 休息疼痛的关节。
5. 患有膝骨性关节炎的老年人，可垫鞋垫或穿厚底和有减震功能的鞋，可以重新分配或减少关节的压力。

（二）关节护理

1. 运动疗法。该方法指有益于骨性关节炎的体育运动锻炼和器械练习，主要适用于轻、中度骨性关节炎患者。部分患者单独应用运动疗法就可以缓解疼痛，减缓病程。有规律的锻炼身体对于自我护理和恢复健康起着关键的作用，可以改善患者的情绪和生活态度，保持适当的体重，改善心肺功能和供血，也能减轻疼痛，增强肌力，加强关节的稳定性与灵活

性，扩展活动范围。

运动锻炼计划的制定：

（1）疾病评估：制定运动锻炼计划之前需要对病情进行全面评估，包括目前接受的治疗、关节疼痛、肿胀、稳定性、活动范围、肌无力程度等。

（2）运动锻炼的步骤：第一步是体疗医生指导的运动练习，主要针对引起功能缺陷的症状，例如：关节疼痛、肿胀、关节活动范围受限、肌无力。第二步是患者自己进行的运动练习，目的是使患者独立生活和提高生活质量。锻炼前尽量放松或洗热水澡或局部热敷。每次锻炼包括热身活动、锻炼和调整3个阶段。热身活动5—10分钟，在患者自己感觉舒适的范围内进行轻柔的低强度的关节重复活动，在关节运动最后可加点阻力和停留数秒；调整期5分钟，可以无阻力伸展锻炼的肌肉。

（3）合理选择运动方式：根据自身的实际情况灵活选用运动方式。一般在早期主张采用等长训练，即只收缩肌肉，关节却不运动，这样会使肌张力明显增高。其目的是增加肌肉力量、提高耐力、为更大运动量活动做准备。尤其适合于老年患者。等长训练配合药物治疗一段时间后，关节疼痛会明显减轻，肌力有所提高。在单一的等长训练一段时间后，需结合等张训练进行全幅度的练习，即在负重或有阻力的情况下收缩肌肉。它可使肌纤维增粗，萎缩的肌肉逐渐肥大，使肌力和耐力得到增强和恢复，从而改善关节的功能。

（4）制定运动锻炼计划时的注意事项：要“循序渐进、持之以恒、个别对待和密切观察”。循序渐进是指最好在疼痛很轻时开始锻炼。对于大多数老年人，尤其是合并心血管疾病的患者，应从低一中度运动量开始。最初的适应锻炼需要2—3

个月，锻炼时间从每天20分钟、每周2—3天开始。运动量由小到大，动作由易到难，使身体能逐步适应，使关节功能得到更大程度的改善。持之以恒是指锻炼要做到经常性、系统性，通过长期锻炼，逐步积累效果。锻炼应具备短期和长期目标，患者自身要参与计划的制定，短期目标应在2—3周可以达到，以便增强自身的信心和锻炼的兴趣，有利于长期坚持锻炼。个别对待是指不管什么运动锻炼方法，要充分考虑到个体差异，根据老年人的具体情况制定一个具有个性化的运动方案，包括屈伸性、强度、持续时间、频率和渐进计划等。锻炼计划应该重点解决影响生活的最主要问题。应以适度为原则，运动强度以运动后肌肉轻度酸感，并能轻松恢复，不影响次日的训练，运动中自如交谈、不气促为宜。并且老年患者的运动量应控制在最大心率的50%～60%，每周增加不超过2.5%。过度的训练反而会造成骨关节的损伤，达不到运动的目的。密切观察是指要经常了解锻炼情况和锻炼效果，定期评估病情，并使自身了解过量锻炼的表现，以便对锻炼的方法和强度作出适当的调整。

2. 休息。休息与体育锻炼同样重要，经常休息可以使锻炼效果更好，所以治疗方案中要包括定时的休息。休息还可以和生活方式相结合。例如：用电梯取代楼梯，避免拿重物，做关节无需负重的缓和运动，如游泳可使受累关节得到相对的休息。

3. 保持适宜的体重。超重或肥胖者应减轻体重，就此可减少承重关节所受的压力，从而防止更大的伤害。减肥不仅对骨性关节炎患者有好处，而且可以使超重或肥胖者减少患骨性关节炎的危险。

4. 保持健康的生活方式和良好的精神状态。除了疼痛和

影响关节功能以外，骨性关节炎还给患者造成许多其他负面影响，如经济收入减少和生活方式改变等。经济方面的影响有治疗的花费，由于残疾而收入减少等；生活方式的影响有抑郁、焦虑、无助感、日常活动受限、就业受限、丧失家庭生活乐趣和责任等。所以要正确面对生活中的压力，保持健康的生活方式和良好的精神状态，充分享受积极的、富有创造性的生活。

【用药知识】

1. 消炎止痛药。

（1）镇痛药：每次 650 毫克，每天 2—3 次，24 小时不超过 6 片。该药不会刺激胃肠道，长期应用的副作用也比非甾体消炎药要少得多。但有肝脏疾病、严重酗酒和服用抗凝药的患者慎用对乙酰氨基酚。

（2）非甾体类抗炎药（NSAIDs）：该药具有抗炎、止痛和解热作用。但易使老年人发生胃肠道粘膜糜烂、溃疡和出血、肾功能障碍、血压升高和液体潴留，因此应在用药第 1 周内严密观察或复查。

（3）阿片类：中度至严重的膝骨性关节炎患者，在上述药物不能解除疼痛时，可将阿片类作为最后选择。经常选用的这类药物有可待因和曲马多。该药的不良反应有恶心、呕吐、腹泻和多汗，以及一定的耐受性和潜在的依赖性。

2. 肾上腺皮质激素类药物。尽管肾上腺皮质激素类药物有良好的抗炎止痛和消除肿胀作用，但长期大剂量应用可阻止软骨修复过程，且有一系列不良反应，易致高血压、糖尿病、胃炎、水钠潴留等。目前应用较多的是得宝松关节腔内注射；或者利美达松。以上 2 种药物注射 1 次疗效可维持 2—4 周。

3. 关节软骨保护剂。有抗炎镇痛作用，能减少对非甾体

类抗炎药的需要量，延缓和阻止骨性关节炎的进展，无明显毒副作用，可长期安全使用。

（1）氨基葡萄糖：分为盐酸盐和硫酸盐两种形式，临床使用的主要是硫酸氨基葡萄糖，它的商品名是维骨力。维骨力口服易于耐受，治疗2周以后患者症状明显改善，停药后疗效能持续。用法：口服每次314—628毫克，每天3次。与饭同服，持续8周，间隔半年左右可重复1个疗程。连续服用1个月后逐渐起效，镇痛效果与普通非甾体类抗炎药相似。不良反应少，主要是轻度恶心、便秘和嗜睡。

（2）硫酸软骨素：促进骨质增长，使破坏的软骨恢复正常，可减轻症状，其效虽慢但复发率低。用法：每次2片，每天3次。

（3）双瑞醋因：抑制金属蛋白酶的活性及稳定溶酶体膜而发挥抗炎及对关节软骨的保护作用，可改善骨性关节炎病程。用法：每天100毫克为最佳剂量，能明显改善患者症状，副反应仅为短暂腹泻。

三十、系统性硬化病

系统性硬化病是一种原因不明的弥漫性结缔组织病。以皮肤和某些内脏的小血管壁增生、管腔阻塞而造成皮肤广泛的纤维化和脏器功能不全为主要特点。

【疾病知识】

（一）一般认为与遗传易感性和环境因素有关

（二）系统性硬化病的主要表现

1. 早期表现。起病不易被发现，常有雷诺现象，可先于

皮肤病变几个月或几年出现。表现为遇冷或情绪紧张时发生血管痉挛，引起指端发白或发绀，常累及双侧手指或足趾。

2. 皮肤病变。一般先见于双侧手指及面部，然后向躯干蔓延。初为水肿期，皮肤增厚变硬如皮革，紧贴于皮下组织，不能提起，呈蜡样光泽。后期为萎缩期，皮肤光滑变薄，紧贴于皮下骨面，皮纹消失，毛发脱落。硬皮部位常有色素沉着，间以脱色白斑，也可有毛细血管扩张，以及皮下组织钙化。面部皮肤受损造成正常面纹消失，使面容刻板，鼻翼软小，嘴唇变薄、内收，口周有皱褶，张口变小，称“面具脸”。

3. 关节肌肉。手腕的腱鞘纤维性增厚可表现为腕管综合征。晚期由于皮肤和腱鞘纤维化，发生挛缩而使关节僵直固定在畸形位置，主要见于指间关节。皮肤严重受累者常有肌无力，多为失用性肌萎缩所致。

4. 胃肠道。多数患者表现为吞咽食物后有发噎感，以及饱食后随即躺下的“烧心感”、夜间胸骨后痛，均为食管下段功能失调、括约肌受损所致。反流性食管炎还可引起食管狭窄。十二指肠与空肠、结肠均可受累，因全胃肠低动力，使蠕动缓慢、肠道扩张，肠道憩室，肠内容物淤滞有利于细菌繁殖而导致吸收不良综合征。

5. 肺。可表现为胸膜炎、胸腔积液、肺动脉高压、肺间质纤维化以及晚期的限制性肺病，常有气短和活动后呼吸困难。

6. 心。表现为缓慢发展的无症状性心包积液，可表现为踝部水肿及气短。还可见心力衰竭、不同程度的传导阻滞和心律失常、肺动脉高压导致肺心病等。

（三）治疗

对该病症目前尚无满意治疗，可用青霉胺或秋水仙碱。

【护理知识】

1. 病情观察。注意观察皮肤硬化状态，有无皮肤溃疡；有无雷诺现象、运动功能障碍、关节肌肉痛；有无张口、咀嚼及吞咽困难；有无发热、心律失常等。

2. 护理要点。

（1）雷诺现象皮肤患者的护理：应尽量保温，禁止皮肤暴露于寒冷处，戴手套，穿袜子，温水浴等；应戒烟；使用软膏或乳液润滑皮肤；保持皮肤清洁，避免外伤；皮肤溃疡者应进行创伤处理。

（2）理疗：为防止手挛缩，进行主动和被动运动；可经常进行温热疗法和按摩疗法；为防止关节变形，可使用夹板；保持胸廓功能，进行深呼吸运动。

（3）协助患者进食：部分患者因张口及吞咽困难造成进食困难，所以患者在吃饭时应细嚼慢咽，并采取头高位进食；经常注意口腔卫生；如进食困难，应经静脉补充营养；当发现腹胀、呕吐、便秘时，应警惕肠梗阻。

【用药知识】

同其他结缔组织病。

三十一、干燥综合征

【疾病知识】

干燥综合征是一个主要累及外分泌腺体的慢性炎症性自身免疫病。分为原发性和继发性 2 种。继发性是指发生于诊断明

确的弥漫性结缔组织病，如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎等并存的干燥综合征。这里只介绍原发性干燥综合征。

（一）干燥综合征的病因至今不清

（二）该病女性多见，发病年龄多在40—50岁

1. 局部表现。

（1）口干燥症：因唾液腺病变而引起口干，严重者因口腔黏膜、牙齿和舌发粘以致在讲话时需频频饮水，进食固体食物时必需伴以流质送下等。大约有50%的患者出现猖獗性龋齿，即出现多个难以控制发展的龋齿，表现为牙齿逐渐变黑，继而小片脱落，最终只留残根，这是该病的特征之一。另外大约50%的患者还会出现间歇性腮腺肿痛，累及单侧或双侧。舌可表现为舌痛，舌面干、裂，舌乳头萎缩而光滑，口腔可出现溃疡或继发感染。

（2）干燥性角结膜炎：因泪腺分泌的粘蛋白减少而出现眼干涩、异物感、少泪等症状，严重者哭时无泪。

（3）其他浅表部位：如鼻、硬腭、气管及其分支、消化道粘膜、阴道粘膜的外分泌腺体均可受累。

2. 系统表现。

（1）皮肤：皮肤的病理基础为局部血管的受损。特征性表现为紫癜样皮疹，多见于下肢，为米粒大小边界清楚的红丘疹，压之不退色，分批出现，每批持续时间约为10天，可自行消退而留有褐色色素沉着。

（2）骨骼肌肉：关节痛较为常见。

（3）肾：30%～50%的患者有肾损害，表现为因肾小管性酸中毒而引起的周期性低血钾性肌肉麻痹，严重者出现肾钙化、肾结石及软骨病。

（4）肺：大部分无症状，重者临床出现干咳、气短。

（5）消化系统：胃肠道可因其黏膜层的外分泌腺体病变而出现萎缩性胃炎、胃酸减少、慢性腹泻等非特异性症状。

（6）神经系统：以周围神经损害为多见。

（7）血液系统：可出现白细胞减少或（和）血小板减少，严重者可有出血现象。

（三）治疗

目前尚无根治方法，治疗目的是预防因长期口、眼干燥造成局部损伤，密切随诊观察病情变化，防止该病的系统损害。

纠正急性低钾血症以静脉补钾为主，平稳后改口服钾盐片，有的患者需终身服用，以防钾血低再次发生。

对于合并有神经系统、肾损害、间质性肺炎、肝脏损害、血细胞低下、肌炎等则要给予糖皮质激素，剂量与其他结缔组织病治疗方法相同。病情进展迅速者，应合用细胞毒药物如环磷酰胺、硫唑嘌呤等。

【护理知识】

1. 减轻口干。应停止吸烟、饮酒及避免服用引起口干的药物如阿托品等。保持口腔清洁，勤漱口，减少龋齿和口腔继发感染的可能。口唇、舌有皲裂和溃疡时，宜用软膏。室内保持适宜湿度。

2. 干燥性角结膜炎可给人工泪液以减轻角膜损伤，素高捷疗眼膏也可用于保护角膜。经常戴眼镜，避免长时间看书和看电视。

【用药知识】

糖皮质激素、细胞毒类药物的用法同其他结缔组织病。

三十二、短暂性脑缺血发作

【疾病知识】

（一）负责供给脑部营养的动脉出现一过性血液供应不足时，可导致短暂性脑缺血发作，又称之“小中风”

（二）造成该病的原因很多，其中主要的原因有动脉硬化、高血压与高血脂

如动脉硬化后血管口径不规则、管腔狭窄与扭曲及硬化处发生的溃疡造成微栓子脱落等，都可发生一时性的脑缺血。除此之外的许多疾病，如颈椎病、心脏病等也可引起。可以说，短暂性脑缺血发作是由多病因造成的一个综合病症。

（三）本病多发生于中老年人，常在无任何先兆下突然发病

由于累及的动脉不同，每个人神经功能紊乱的症状并不一致。有的人表现为一侧肢体瘫痪，有的人失语，还有的人出现书写障碍、眩晕或吞咽困难等，甚至一时意识不清而跌倒。虽然短暂性脑缺血发作的表现形式与轻重程度不一，但共同的特点为持续时间短，恢复快。发作数秒、数分钟即可缓解。有的病人症状持续时间相对较长，约达数小时，所有表现亦能在24小时内完全消失且无任何后遗症状。一些病人在短期内反复发作几次甚至几十次，可增加发生脑梗塞的危险。

（四）对短暂性脑缺血发作病人，缓解后要采取预防性治疗措施，积极治疗心脏病、糖尿病、高血压、高脂血症等原发疾病

合理安排饮食、活动等日常生活，以预防或延缓动脉硬

化；在医生的指导下，服用对抗血小板凝集的药物；必要时住院在严格的实验室设备监测下接受抗凝治疗，以防有出血发生。

【护理知识】

此病虽然发作持续时间短，并能自行缓解，但也要引起足够的重视。

1. 病人出现短暂性脑缺血发作时，应立即使其平卧，注意安全，头部不要来回转动。检查脉搏、呼吸、血压是否正常。

2. 在医生的指导下，规律治疗所患慢性疾病。如心脏病、糖尿病、高血压等。病情有变化或自觉不适时要及时就诊。

3. 在日常生活中，加强保健，积极预防。遵循低糖、低脂、低盐的饮食原则，避免吃过甜、过咸、过于油腻的食物；戒烟戒酒；根据自身条件，进行适当的运动锻炼。

【用药知识】

1. 口服阿司匹林，服药后吸收较快，一般全天口服 50 毫克为宜。如为长期服用，还可酌情减少药量。

2. 阿司匹林为常用的对抗血小板凝集的药物，在人体每天血液循环中，约有 10%的血小板经历吐故纳新，所以尽管阿司匹林在体内的作用较持久，也需要每天服用。

3. 服用阿司匹林后有些病人可出现恶心、呕吐、食欲下降等消化道症状，这是因药物本身的副作用所致。因此，有胃病、消化道出血病史者须谨慎用药。

三十三、脑梗死

【疾病知识】

（一）脑梗死是老年人最常见、发病率最高的急性脑血管病之一，俗称“大中风”

该病的发展包括脑血栓形成和脑栓塞两个过程。前者因脑动脉壁的病变及脑部血流缓慢、血液成分发生变化或者血液粘稠度过高而形成血栓，造成动脉管腔明显狭窄；后者指血液中异常物质形成栓子，随血液流动而阻塞脑动脉。结果导致相应部位的脑组织发生急性供血障碍、缺血、缺氧，形成脑的局部软化灶。

（二）造成脑血栓形成最主要的原因是脑动脉粥样硬化，硬化使管腔狭窄，很容易造成阻塞

“三高”即高血压、高血脂症及糖尿病病人的高血糖均可促进动脉硬化的发展。一般数小时即可形成血栓，并继续发展到更多的分支扩大闭塞范围。

冠心病心肌梗死、慢性心房纤颤、亚急性心内膜炎的附着物脱落，可引起脑栓塞。

（三）脑血栓形成病人的起病较缓慢，且多于夜间睡眠时发病，待醒后已有偏瘫或失语、眩晕等不同部位血栓形成的症状，并不断加重，在2—3天内达到高峰

部分病人发病前可有短暂性脑缺血发作，如头晕、肢体短时间发麻等。脑栓塞一般在活动、情感激动或用力时急骤发病，很多病人并无先兆。其表现与脑血栓形成相同，即血管阻塞、血流受阻的相应部位所造成的症状。例如，椎—基底动脉

的血流中断，可出现眩晕、吞咽困难、发音不全、视野缩小等；病变在大脑中动脉，则以偏瘫为主要表现，尤以上肢为重，瘫痪侧还可有感觉障碍。

脑梗死发生后需尽快将病人送往医院及早接受融栓治疗。

【护理知识】

（一）应急措施

在家中突然发生脑梗死的病人，要沉着冷静，先使其平卧，头约高于床面 30 度，尽量不要随意搬动，保持病人绝对安静。如病人意识丧失，要将其头偏向一侧，以防窒息。同时，立即联系急救中心接病人，做好住院准备。

（二）康复护理

病人出院回家后的主要护理目标是尽可能恢复，朝着自理方向努力。这一过程需要的时间较长，需坚定信心，持之以恒。

1. 对失语的病人要尽早开始训练，可通过询问、猜测来了解他们的需要。尽量多与之交流，选择病人熟悉且难度适中的事情作为话题，以激发其兴趣，鼓励其多说话。当病人开始发音吐字不清时，仍要保持精神集中，注意倾听，其间给予适时的鼓励与肯定，而不要取笑或立即进行纠正。

2. 对肢体瘫痪的病人，要协助其进行循序渐进的锻炼。

（1）保持正确卧位：卧床病人宜采取健侧方向的侧卧位，即将健侧肢体压在身下，用软枕垫起患侧上肢，患侧下肢下面放一长至足部的软枕，同时髋、膝的关节为屈曲位。定时翻身呈患侧卧及仰卧位，防止长时间的皮肤受压。

（2）进行被动运动：病人不能动，由护理者握住病人肢体所做的运动称之为被动运动。在恢复早期病人患侧肢体为松弛状态时，即开始做关节的被动运动，包括肩部外展、向上的活

动，腕、手指、膝等关节及足背的屈伸与内外的旋转动作。

（3）尽早下床活动：由简单的动作开始逐渐进行一系列的主动运动锻炼。先从床上运动做起，可将两手掌相对，十指交叉握手；仰卧屈膝，以足蹬床，使臀部抬高，锻炼肌肉的力量。再练习从仰卧向侧卧、从侧卧向仰卧的翻身。学习坐位时先从角度小、时间短开始逐渐增加，达到 80 度角位置并可持续坐 30 分钟为止。在练习坐位的同时可渐渐加上转头、歪身触摸身边物体等，以训练平衡及臀部重心的转移动作。以后，从扶助站立到练习独自站稳，再借助拐杖慢慢开始迈步。

（4）恢复生活能力：在训练坐、立、走等肌肉活动功能的同时，还要开展病人精细动作的锻炼。当病人仰卧时，可指导其反复将上肢尽量伸直，用手指天花板、触摸自己的前额等；坐位时，以患手触及自己前、左、右方的物体，或努力伸直患侧上肢肘关节做推墙动作，还可锻炼用患手拿杯子倒水及分拣豆子。在此基础上，逐步完成包括吃饭、穿脱衣服、清洁、如厕等基本日常生活的训练。

3. 对丧失信心的病人，要以真挚的感情予以宽慰、鼓励并提供帮助。

（1）做好宣传与解释：对病人来说，突然从健康的人甚至家庭的顶梁柱变为不能自理的病人，成为家庭的负担，在心理上是一个沉重的打击。很多病人不能接受这一事实。因此，要及时向病人解释疾病以及目前状况，宣传防治和恢复方法，增加病人的信心。

（2）给予鼓励与支持：在疾病康复初期，病人通常对完全恢复抱有极大的希望。但由于该病的恢复过程缓慢，通过训练几天、十几天不可能有显著的效果，病人会逐渐变希望为失望，甚至绝望，觉得自己再没有恢复的可能，产生依赖心理。

因此，在训练中，细心发现病人的每一细微进步并及时提出表扬，给予精神鼓励是十分必要的。同时，在生活上关心、体贴、帮助，多给病人以心理上的支持，使病人坚定信心，克服康复中的不良心理，做到积极配合，主动训练。

三十四、脑出血

【疾病知识】

（一）脑出血是指脑实质内的血管破裂出血，又称为脑溢血

老年人较为多见，主要由高血压动脉硬化引起。当血压增高到一定程度，使已经硬化的动脉再不能承受如此大的压力时，会造成血管破裂而出血。因此，高血压病人血压波动剧烈，容易增加脑出血的危险。其他致病原因可为脑血管畸形、血液病、颅内肿瘤、外伤等。常见的出血部位有大脑、脑干、小脑和脑室。

（二）脑出血多在情绪激动、过度用力、疲劳情况下突然发生

多于几分钟、几小时内病情迅速发展，多数病人表现突然头痛、恶心呕吐、肢体无力等症状，严重者神志不清，尿失禁。此时测量血压有明显升高。除此之外，根据不同出血部位，病人出现相应的症状。如，脑基底节区出血的病人可表现为意识障碍，眼球转向一侧并凝视，肢体完全或不完全瘫痪；小脑出血首先发生的症状为眩晕、头痛、呕吐，继而昏迷；脑室出血在1—2小时内出现深度昏迷、呼吸不规则、四肢瘫痪。

与中年人相比，同样范围的出血，老年人表现的症状、意识障碍较重。而且由于各功能老化，容易并发其他疾病，增加

病死率。

（三）治疗原则

病人在急性期的治疗原则为防止进一步出血造成的恶性循环，改善脑部的缺血缺氧，调整血压，根据机体情况慎重考虑手术以清除血肿。病人开始恢复后要巩固疗效，加强功能的恢复。

【护理知识】

（一）急性脑出血病人在呼吸、血压、脉搏达到正常且稳定 48 小时后，即可进行康复护理

主要的任务为被动运动四肢，保持功能位置，鼓励并协助病人进行渐进性的活动。

在家中可因地制宜地开展训练，如帮助病人坐起，将脚放在床边做数分钟的摆动；把一根粗绳系于床尾部，教病人用健侧手拉住绳做坐起的练习等。其他训练内容详见脑梗死的护理。

（二）康复护理

对发生吞咽障碍已通过胃管喂食者，亦可鼓励其带管进行吞咽动作的锻炼，一日数次以小勺喂糊状食品，嘱其慢慢咽下，发生呛咳时暂停喂食，待病人在进食过程中无呛咳再拔除胃管。

三十五、血管性痴呆

【疾病知识】

（一）血管性痴呆是指由脑血管供血障碍所引起的病症

主要的表现为痴呆，可由各种脑血管疾病所致，如病人患

脑梗死几个月后便可出现痴呆症状。

（二）血管性痴呆与老年性痴呆在老年人中都很常见，但并不相同

前者由脑血管病引起。病人多存在高血压病、高血脂症等，且于75岁以下者多见，发生的痴呆多为部分性，人格也能较好保持。后者多发生在75岁以上的老年人群，病因尚不明确，病程进展缓慢而不明显，表现为包括显著人格障碍在内的全面性痴呆。

（三）凡是诱发脑血管疾病的因素对血管性痴呆都有直接或间接的影响

例如，高血压病是造成动脉粥状硬化以及脑血管病最主要的危险因素。动脉硬化可使大脑组织的血液灌注量减少；脑梗死或严重脑出血都能减少大脑神经元的数量，降低神经系统的生理功能，从而引发血管性痴呆。可以说，高血压病是间接造成血管性痴呆的诱发因素。

（四）血管性痴呆阶梯样进行性加重，随着痴呆的程度、范围不断加深扩大，表现也逐渐明显

1. 早期病人感觉身体不适，头晕耳鸣，睡眠障碍，四肢发麻；痴呆的表现呈网眼式，以记忆力下降为主要特征，尤其对数字、姓名等机械记忆减退明显，但病人自知力和一般自理能力尚可，故易产生焦虑情绪。

2. 痴呆进一步发展，思维迟缓，判断力减低，可有妄想现象。

3. 随痴呆的加重，联想出现困难，语言表达、记忆力等发生全面障碍，以至于不能料理自己的日常生活。

（五）血管性痴呆目前尚无根治方法

因此，治疗中遵循改善脑部血循环、延缓痴呆进展的原

则。在医生的指导下，应用氢麦角碱（喜得镇）等改善脑功能的药物。同时，组织病人开展简单的活动，如折纸，以进行功能锻炼。

【护理知识】

（一）保护病人安全

去除病人活动范围内各种可能的危险因素，如由专人看护，防止他们单独外出，以免丢失；勿使病人接触电器及煤火；火柴、刀剪、药物及玻璃等都要妥善放至病人不易拿到的地方等。尽可能创造一个安全的环境，以免病人伤人害己。

（二）努力维持病人的自理能力

1. 日常生活技能训练。督促病人按时起床，自己洗脸、刷牙、梳头、自行大便等，以保存基本生活技能。针对病人记忆力差的特点，可通过采取一些特殊方式如做标记提示物品放置处等来强化记忆。

2. 提供感觉刺激。可给予茶、柑橘等，使病人通过嗅出其不同的气味确定为何物，并进一步提醒病人说出该物的用途等；使用各种声响的物品，锻炼病人的听觉；让病人看到有鲜明色彩的物品，训练视觉等。

3. 安排简单易行的作业。启发老人做过去喜爱或擅长的事情，如剪纸、扎花、折纸，利用废旧材料制作小工艺品等，提高病人的兴趣，使之能主动、积极去做，以保持其劳动能力。

（三）改善交流质量

1. 与病人交谈时，护理者要耐心，不要催其快说，应提供一定的时间，使老人考虑并组织内容与词句。在病人忘记要说的话时，可予以适当的提示。

2. 向病人提出问题时，尽量使用简短、易懂的语句，以

便于病人回答。

3. 在交谈中应突出重点内容，使病人容易理解。

4. 指导病人做事时，应逐个发出指令，如病人准备吃饭，先说“坐下”，再说“用筷子夹菜”，“擦擦嘴角”等，避免多个指令在同一时间发出，病人感到无所适从。

因此，照顾血管性痴呆病人，既不能对其放任自流，又不能全部包办。要帮助病人合理地安排好生活，进行适当的活动，勤动手，勤用脑，尽可能地维持原有的自理能力。

第五章 外科疾病及护理

一、痈

【疾病知识】

（一）相邻的毛囊及其所属皮脂腺或汗腺的急性化脓性感染，或是由于多个疖互相融合而成的病变现象，医学称之为“痈”，颈后部的痈俗称“对口疮”，背部的痈俗称“搭背”

痈特别容易发生在免疫力差的老年人和糖尿病病人。病因包括皮肤不清洁、擦伤、机体抵抗力低下等，主要的致病菌是金黄色葡萄球菌，常见的发病部位是颈部和背部，这些部位的共同特点是皮肤较厚。

（二）病菌的感染往往是从一个毛囊底部开始的，由于皮肤较厚，所以感染只能从阻力较低的组织向下蔓延扩散至周围，侵犯邻近组织，并向上传入毛囊群，从而形成有多个“脓头”的痈

（三）病症

痈开始时是小片皮肤肿硬，颜色暗红，界限不清楚，皮肤表面可有几个脓点，轻度疼痛。接着皮肤肿硬面积增大，脓点体积增大、数目增多，中央部位常呈紫褐色凹陷，发生破溃后则表现为蜂窝状，像“火山口”一样，其中含有大量坏死组织和脓液。病变向周围扩展时可导致局部淋巴结肿痛。病人有一

系列全身表现，如寒战、发热、食欲不振、全身不适，重者可死于脓毒症或全身化脓性感染。

（四）治疗

1. 全身治疗。及时应用足量有效的广谱抗生素控制感染，并保证休息，增加营养。

2. 局部治疗。范围大、病变严重、坏死组织多者及时通过手术切开排脓，伤口内填塞碘仿纱布止血，每日换药；创面较大者需行植皮手术。

（五）病人的血白细胞计数及中性粒细胞比例增加

【护理知识】

（一）要多体贴、关心病人

（二）保持个人日常卫生

保证老年人不受细菌、病毒的侵袭，保持整洁，维持其尊严。加强包括皮肤、口腔、须发、指甲、肛门和外生殖器的清洁护理工作。尤其夏季，应做到勤洗澡、勤更换内衣、洗头、理发、剪指甲，注意消毒剃刀等。老年人应养成晨起、睡前和饭后刷牙的习惯，假牙睡前应取下，清洗干净。保持会阴部清洁卫生，每次大便后用温水清洗一次。

（三）室内环境

室内环境注意温湿度适宜，阳光充足，空气新鲜。应加强安全防护，地面不要太滑，床要宽而矮，老人睡眠时应加床挡保护，严防坠床。室外环境应无噪音，无污染，道路平坦，以免跌伤。

（四）饮食护理

要做到色香味俱全，易消化，少食多餐。注意饮食卫生，不吃变质和不干净的食物，少吃生、冷、硬和辛辣刺激性食物。多吃五谷杂粮，少吃精细甜食，多清淡，作到营养全面，

热量平衡。

（五）及时治疗疖，防止感染扩散，尤其是免疫力差的老年人及糖尿病病人，更应该注意加强防护

二、丹毒

【疾病知识】

（一）丹毒即急性淋巴管炎中的网状淋巴管炎

急性淋巴管炎是由于致病菌经破损的皮肤、黏膜，或其他感染灶侵入体内，进入淋巴管，引起淋巴管及其周围组织的急性炎症。致病菌常常是乙型溶血性链球菌和金黄色葡萄球菌，这些致病菌可以来自口咽部炎症、足癣、皮肤损伤和各种皮肤、皮下的化脓性感染。

（二）淋巴管炎可导致淋巴管内的淋巴回流障碍，并促使感染扩散到周围邻近组织

（三）丹毒好发于下肢和面部

发病急骤，局部皮肤出现鲜红的片状红疹，中央颜色较浅，红疹边界清楚且略微隆起。红肿扩散较快，中央的红色可以稍退、脱屑，随即颜色变为棕黄色。红肿部位可有水泡出现，局部有烧灼样疼痛感。还可伴有局部淋巴结的肿大和疼痛。病人常出现的全身症状包括全身不适，寒战，发热，头痛，乏力和食欲不振等。如果病情加重，可导致全身脓毒症，反复发作可引发淋巴水肿，甚至像皮肿。

（四）治疗方法

1. 积极治疗原发的感染灶。

2. 及时给予有效的抗生素促使炎症消退。

3. 局部皮肤可外敷黄金散、玉露散等中药或用呋喃西林溶液湿敷。

【护理知识】

（一）要多体贴、关心病人

（二）保持个人卫生

（三）注意室内环境

（四）饮食上注意卫生、粗细营养搭配（具体事项同痈病患者的护理方法）

（五）积极预防和处理原发病灶，如扁桃体炎、龋齿、手癣和足癣感染等

三、烧伤

【疾病知识】

（一）广义的烧伤泛指各种热力、光源、化学腐蚀剂、放射线等因素导致的、始于皮肤、由表及里的一种损伤

通常，烧伤指单纯因为热力，如火焰、热液、热蒸气、热金属物体等导致的组织损伤。重度的烧伤常常有生命危险，即使获救也大多致残。老年人是烧伤的易发群体，男性比较多见。最常见的是居室内的单发烧伤，其次就是社会场所发生的群体的意外事故烧伤。

（二）烧伤导致机体受损的严重程度与热力的温度和热力作用的持续时间呈正比，即热力的温度越高，作用时间越长，烧伤的程度越重

烧伤可造成皮肤的损伤和皮肤功能的丧失，包括保护、调

节体温、分泌汗液、感觉和合成维生素D等。严重的烧伤甚至会导致病人面目全非，失去身份识别的可能。烧伤的病理演变过程大致可分为三个阶段：

1. 休克期。严重烧伤后最早的反应就是体液丧失、水电解质酸碱平衡紊乱和血液浓缩。深度烧伤可导致皮肤脱水、凝固、甚至炭化，从而形成焦痂。位于躯干和四肢的焦痂和肿胀可对机体产生机械性压迫。烧伤发生后48小时内最大的危险就是低血容量性休克的发生。

2. 感染期。严重烧伤早期就可并发全身感染，而且感染的威胁会一直持续到创面完全愈合。浅度烧伤若未得到积极有效的正确处理，会导致创面周围炎症的发生。深度烧伤形成的焦痂进入溶解阶段时发生的感染称之为“烧伤创面脓毒症”。

3. 修复期。机体的组织修复开始于烧伤早期出现炎症反应的同时。浅度烧伤多可以自行修复，较深度的烧伤只能依靠外科手术植皮才能达到修复目的。严重的深度烧伤，会发生创面的纤维化修复，最终由于瘢痕增生和挛缩导致毁容、肢体畸形和功能障碍。另外，严重的烧伤除了会导致局部皮肤的损伤以外，还可因为体内释放的多种物质而诱发肺部感染、成人型呼吸窘迫综合征、急性肾功能衰竭、应激性溃疡等，从而使病情更加复杂和进一步恶化。

（三）烧伤的临床表现和严重程度主要依据烧伤面积和烧伤深度两方面进行综合性评估

1. 烧伤面积。烧伤面积计算方法有两种，一种叫手掌法，即病人本人五指并拢的手掌面积约为体表总面积的1%，以此来估算烧伤面积；另一种叫中国新九分法，即把人体体表面积划分为11个9%的等份，再另加1%，构成100%，以此来估算较大面积的烧伤。例如：头部、面部和颈部分别为3%、

3%和3%，合起来是1个9%。

2. 烧伤深度。通常采用三度四分法，即把烧伤深度分为Ⅰ度、浅Ⅱ度、深Ⅱ度和Ⅲ度。前两者属于浅度烧伤，后两者属于深度烧伤。Ⅰ度烧伤表现为皮肤灼红，疼痛过敏，干燥无水疱，3—7天可以愈合，不留痕迹。浅Ⅱ度烧伤表现为创面上有大小不等的水疱，疱内含有黄色清亮液体，疼痛非常剧烈，有明显的水肿，两周左右愈合，局部有色素沉着，但无瘢痕形成。深Ⅱ度烧伤表现为创面上可有水疱，疱壁较厚，疼痛迟钝，但拔汗毛时有疼痛感觉，3—4周愈合，局部遗留有瘢痕。Ⅲ度烧伤组织受损最严重，不仅皮肤全层受损，而且可深达皮下组织、肌肉甚至骨骼。创面无水疱形成，无痛觉，无弹性，干燥像皮革或呈蜡白、焦黄，甚至炭化形成焦痂，焦痂下可有组织水肿。

（四）治疗方法

1. 保护并正确处理创面，防止和清除外源性污染。根据不同情况可采用不同的治疗方法，例如，对小面积或肢体部位创面可采取包扎疗法，而对头部、面部、颈部、会阴部等不方便包扎的部位可采用暴露疗法或半暴露疗法。

2. 液体疗法，积极防治低血容量性休克。即按照烧伤面积和体重计算补液量，并制定合理的输液计划。

3. 防治感染。严重烧伤后容易发生创面感染和全身性感染，所以应采取积极的防治措施。如及时积极地抗休克、早期正确处理创面、合理使用抗生素、加强支持治疗等。

4. 促进创面愈合，降低致残率。主要方法是在烧伤后早期实施积极手术治疗，包括切痂、削痂和在新鲜创面上植皮等，以修复皮肤和组织的严重缺损或功能障碍，尽量覆盖创面，减轻瘢痕性摩擦，从而达到降低致残率的目的。

【护理知识】

（一）烧伤病人的心理压力很大，特别担心容貌、躯体形象的改变会影响今后的生活和社交

应观察病人有无勇气正视或触及自身创面，是否表现出厌恶。应注意耐心倾听病人的诉说，鼓励他说出自身感受。还要注意多关心体贴病人，满足病人各方面的需要，加强沟通。尽量稳定病人情绪，鼓励并协调其参与力所能及的家庭和社会活动，提高其自理性。

（二）保持个人卫生

保证老年人不受细菌、病毒的侵袭，保持整洁，维持其尊严。包括皮肤、口腔、须发、指甲、肛门和外生殖器的清洁护理工作。如每日洗脸 2—3 次，每周洗澡 1—2 次。老年人应养成晨起、睡前和饭后刷牙的习惯，假牙睡前应取下，清洗干净。保持会阴部清洁卫生，每次大便后用温水清洗一次。

（三）室内环境注意温湿度适宜，阳光充足，空气新鲜

应加强安全防护，地面不要太滑，床要宽而矮，老人睡眠时应加床挡保护，严防坠床。室外环境应无噪音，无污染，道路平坦，以免跌伤。

（四）处理烫伤的办法

当老年人发生皮肤烫伤时，若仅皮肤发红，没有水疱，可把受伤部位浸在干净冷水中，或用冷毛巾定时冷敷（把毛巾浸在冷水中，拧至半干，敷于烫伤部位，最好两块毛巾交替使用，每次持续冷敷 15—20 分钟），或外涂一些药物。若已起水疱，甚至更严重的烫伤，应及时就诊。

（五）康复阶段的护理

1. 加强营养。在烧伤康复过程中，应保证充足的营养摄

入，增加蛋白质、维生素B、C和能量的供给，以促进创面的修复。在医师和营养师的指导下制订营养食谱，鼓励病人经口进食，在两餐之间给予高热量饮料。禁忌应用影响创面愈合的药物，如维生素E等，以免抑制胶原蛋白的合成。

2. 康复护理。功能锻炼对于防治烧伤后发生关节僵直、肌肉萎缩和肌腱粘连，提高神经肌肉的反应能力，增强病人的免疫力有着非常重要的意义。病人应注意维持患肢在合理的功能体位，不要采取病人本人觉得舒适的体位，如握拳位，否则会造成关节挛缩。鼓励病人尽早下床活动，并积极地进行肢体和关节活动锻炼。应对创面适当地增加压力，可采用紧身衣和固定板，还可遵医嘱接受体疗和理疗。平时注意防止紫外线和红外线照射患处皮肤，因为这样可促进瘢痕增生，同时避免对瘢痕性创面进行机械性刺激，如搔抓等。

四、肿瘤

【疾病知识】

（一）肿瘤是人们谈之色变的话题，尤其是恶性肿瘤

在我国，肿瘤每年的新发病例约达200万，其中恶性肿瘤已成为威胁人们生命健康的主要杀手。

（二）肿瘤是人体正常细胞在各种致病因素的长期作用下，发生过度增生和异常分化所形成的新生物

肿瘤根据其形态和特点分为良性和恶性两大类。良性肿瘤我们一般称其为“瘤”，如纤维瘤、脂肪瘤等。恶性肿瘤在名称上则较复杂，我们平时所说的“癌”只是恶性肿瘤中的一种，其恶变的细胞来源于上皮组织，如乳腺癌、肺癌等；若恶

变细胞来源于间叶组织者称为“肉瘤”，如骨肉瘤；来源于胚胎性组织的称为“母细胞瘤”，如肾母细胞瘤；此外还有些恶性肿瘤沿用传统的称谓，如淋巴瘤、白血病等。

（三）良、恶性肿瘤对人体危害大小的差异是基于其不同的生物学行为特点

恶性肿瘤生长速度快、易发生转移、切除后易复发，查体时瘤体坚实缺乏弹性、固定不易推动。良性肿瘤生长慢、无转移、切除后一般无复发，查体时瘤体软或韧实、活动度也较大。

（四）肿瘤的发病因素是多样而复杂的，大体分为两类：外源性因素和内源性因素

1. 外源性因素。

（1）环境因素：包括物理、化学和生物因素。物理因素多指射线的照射，如过量X射线可导致白血病、紫外线可引起皮肤癌；化学因素中有机农药可致肺癌、有些染料易诱发膀胱癌、腌制食物中所含亚硝胺可致食管癌、胃癌和肝癌、发霉粮食中所含黄曲霉素导致肝癌、胃癌；生物因素主要指病毒和寄生虫，EB病毒与鼻咽癌有关、单纯疱疹病毒反复感染与宫颈癌有关、乙肝病毒与肝癌有关、血吸虫与大肠癌有关。

（2）不良生活方式：主要指吸烟和饮酒。众所周知，肺癌的发生与吸烟密切相关；大量饮酒是消化系统癌症的相关因素；此外，不良的饮食习惯如喜食腌制、烟熏、煎炸食物以及高脂肪、低纤维素、低维生素C等，也与消化系统癌症有关。

（3）慢性刺激与炎症：某些部位细胞长期处于激惹和刺激下，容易发生变异导致恶性肿瘤的发生。5%的慢性胃溃疡和10%的慢性萎缩性胃炎会发生恶变；皮肤慢性溃疡也可恶变为皮肤癌；慢性溃疡性结肠炎易恶变为大肠癌。

2. 内源性因素。

（1）遗传因素：许多种类的恶性肿瘤病人都存在家族史，如食管癌、胃癌、肝癌、乳腺癌及鼻咽癌等。

（2）内分泌因素：目前医学研究较为明确的是乳腺癌的发生与人体雌激素水平密切相关。

（3）免疫因素：先天或后天免疫力低下或缺陷者较正常人易患恶性肿瘤。

（4）心理、社会因素：精神上受到重大打击的人、情绪不稳定易波动者、抑郁症患者，其内分泌水平、免疫力都受到不同程度的影响，较正常人易患恶性肿瘤。

（五）良、恶性肿瘤由于其性质不同，临床表现和对人体的危害存在天壤之别

良性肿瘤主要表现是局部肿块，对人体功能影响较小，绝大多数采取手术切除之后即可痊愈。恶性肿瘤则会给病人带来很大痛苦，由于瘤细胞浸润性生长，容易侵犯到血管和神经而引起出血和剧烈疼痛，如胃癌引起消化道大出血和胰腺癌造成的剧烈疼痛是人们所共知的；瘤细胞的快速生长聚集引起的阻塞和梗阻会直接影响脏器功能，如食管癌由于癌细胞阻塞消化道引起病人进食困难和频繁呕吐；恶性肿瘤有转移的特性，通过直接蔓延、淋巴转移、血行转移和种植性转移四条途径扩散到全身，引起各处相应表现，如淋巴结肿大、肢体水肿等等。

此外，恶性肿瘤还会引起不同程度的全身表现。尤其是中晚期恶性肿瘤，病人会出现消瘦、乏力、低热、贫血甚至全身衰竭的表现，也就是医学上常说的“恶病质”状态。

（六）恶性肿瘤的治疗贵在早诊早治，即早期发现、早期治疗

治疗原则是以手术为主的综合疗法，包括化学治疗（化疗）、放射治疗（放疗）、中医中药治疗等。

1. 手术治疗。不同于良性肿瘤只切除局部肿块，恶性肿瘤则要在原发肿瘤切除的基础上进一步扩大范围，切除邻近可能侵及的组织和器官以及淋巴结。不同种类的恶性肿瘤、同一种恶性肿瘤的不同发展阶段其切除的范围和预后状况都有所差异。肿瘤发现越早，预后情况越乐观，病人生存期越长。

2. 化疗。作为手术治疗的辅助疗法，可用在术前、术中和术后。对于某些恶性肿瘤如淋巴瘤、白血病等可作为治疗的主要手段，也是中晚期患者的主要治疗方法。一般通过静脉滴注或注射、口服、肌肉注射等给药途径使化学药物进入机体内起到杀灭癌细胞的作用。

3. 放疗。是通过放射线照射肿瘤部位起到杀灭瘤细胞作用的治疗方法。某些肿瘤如淋巴瘤、造血系统肿瘤、性腺肿瘤对于此方法具有高度敏感性。

4. 中医中药治疗。这种治疗手段是利用我国传统中医中药的扶正祛邪、化淤散结、补气益血、调理脏腑之功效，对手术、放疗、化疗起到辅助作用。

除上述几种治疗手段外，生物疗法和内分泌疗法对于某些恶性肿瘤的治疗也起到一定作用。

【护理知识】

（一）恶性肿瘤之害猛于虎，要尽量减少其对人们健康和生命的危害，预防和早期发现是关键

尽管肿瘤的病因至今并未完全明了，但与之密切相关的某些致病因素已被人们广泛认可。我们可以针对这些相关因素，有的放矢地进行预防。看电视、用电脑、打手机要有节制，夏季出门注意防晒，农民喷洒农药时注意皮肤防护，少食用含亚硝胺类的腌制、熏制食品，不吃霉变的粮食，病毒感染及时治

疗，远离寄生虫疫区，不食可能被虫卵污染的野生动物；改变不良生活方式，戒烟戒酒，调整饮食结构，提倡低脂肪、高膳食纤维、高维生素饮食；慢性炎症及溃疡及时治疗；注意个人修养，不断陶冶情操，善于调整心态，提高心理承受能力；某些肿瘤的高危人群，如有家族史的、存在癌前病变的、处于某种肿瘤高发年龄段的应积极进行普查和筛查。

（二）在确切的恶性肿瘤诊断面前，病人往往心理上难以接受

消极低沉的负性情绪也是治疗康复的重大障碍。一般来说病人要经历五个阶段的心理变化：震惊否认期、愤怒期、磋商期、抑郁期、接受期。要针对各个阶段不同特点对病人进行心理疏导、安慰支持。

（三）疼痛是大部分恶性肿瘤的共同表现

除了要尽量创造一个安静舒适的环境，还要在精神上安慰病人，分散其注意力，用药方面要视病人疼痛程度严格遵照医嘱，目前普遍遵循三级阶梯止痛方案。一级止痛法：轻度疼痛者，可用非麻醉性解热镇痛药，如口服阿司匹林；二级止痛法：中度疼痛者，可用弱麻醉剂，如口服可待因；三级止痛法：可用强麻醉剂，如肌肉注射吗啡、哌替啶。

（四）对于手术后的病人，首要的是要做好伤口护理，预防伤口感染和延期愈合

大部分术后都常规留置外科引流管，起到引流伤口内积血积液，促进愈合预防感染的作用，另外胃管、尿管等也是常见的引流管，引流管的护理主要是做到保持通畅、妥善固定防止脱出、无菌操作防止感染、密切观察记录引流液的量、性质；要对病人做好营养支持，在病人能够耐受的前提下鼓励其进食高蛋白、高热量、高维生素的饮食，对经口摄入不足或不能经

口进食者，可通过安置鼻胃管进行鼻饲或经静脉输入高能液体的方式补足病人每日能量所需。

（五）对于放、化疗病人，主要是针对其副作用进行护理

放、化疗的负反应主要是脊髓抑制、消化道反应、毛发脱落、肾脏毒性及皮肤黏膜的改变等，因此要定期检查血象和肾功能，多食用补血饮食、注意调整食物的色香味以增进食欲，让病人选择佩戴合适的假发套，鼓励病人多饮水，加强个人卫生、保持皮肤及衣物清洁干燥。

【用药知识】

（一）化疗是肿瘤常用疗法，是利用天然或合成的药物抑制肿瘤组织生长的治疗方法

对于某些肿瘤如：恶性淋巴瘤、急性淋巴细胞白血病、绒毛膜上皮癌等可取得较好的疗效，对纤维肉瘤、脂肪瘤效果欠佳，主要采取联合用药，补充手术不足、防止复发转移。在晚期可控制疾病进展、减轻疼痛、延长生命。化疗药物种类很多，可按化学结构分类，也可根据细胞动力学来分类。例如：环磷酰胺化学结构上属于烷化剂，从细胞动力学角度属于细胞周期非特异性药物。由于不同的化疗药作用于细胞增殖周期的不同时段，故一般采用联合用药的方式，如乳腺癌化疗常用方案是CMF方案，即为环磷酰胺、甲氨蝶呤和氟尿嘧啶联合使用。在用药时间长短和剂量上，有小剂量长程给药法，即一日一次或隔日一次；中剂量短程给药法，即一到两周给药一次；还要大剂量冲击疗法，即三到四周给药一次。给药方式除常用的静脉注射或滴注、口服、肌肉注射等外，为加强疗效，还可通过肿瘤局部注射、腔内注射、动脉内灌注等方式提高肿瘤部位药物浓度，从而有利于化疗药物直接杀灭瘤细胞。

（二）放疗是通过射线在生物体内进行能量传递，引起细胞结构及活性的损伤以致将细胞杀死的一种治疗方法

放疗的实施方式有体外照射和体内照射两种。恶性淋巴瘤、白血病、性腺肿瘤对放疗高度敏感；乳癌、食管癌、肺癌等对放疗中毒敏感；胃肠道肿瘤对之敏感度较低，故不常用。

五、甲状腺肿瘤

【疾病知识】

（一）甲状腺是人体重要的内分泌腺，位于颈部甲状软骨下方、气管两侧，分为左右两叶，背面还有四个甲状旁腺

甲状腺有合成、储存和分泌甲状腺素的作用。甲状腺素即T_3、T_4，其主要作用是促进体内能量的产生和蛋白质、脂肪、碳水化合物的分解。甲状旁腺激素是由甲状旁腺所分泌，主要作用是调节钙、磷代谢。甲状腺的血液供应非常丰富，主要来自甲状腺上、下动脉；神经支配来自迷走神经；喉返神经支配声带运动，喉上神经内支分布于喉黏膜，感觉喉黏膜的受刺激情况，外支支配环甲肌，使声带紧张。

（二）甲状腺肿瘤中良性肿瘤最常见的为甲状腺腺瘤，以40岁以下女性多发，症状不明显．常在无意触摸时发现有颈部肿块

肿块多为单发，位于一侧腺叶的圆形或椭圆形结节，触之质软、光滑、不痛，可随吞咽动作上下移动。瘤体生长缓慢，病人多无不适症状，但有些囊性腺瘤由于囊壁血管破裂而出血，局部会因血液聚集而迅速增大，病人感到胀痛。

（三）甲状腺癌是头颈部常见的恶性肿瘤，对于发生在儿童中的甲状腺结节，本病所占比例可高达50%～70%

其中乳头状腺癌约占成人甲状腺癌的60%和儿童甲状腺癌的全部。病理分型的差异直接导致肿瘤的恶性度、生长特点和预后的差异。像大多数恶性肿瘤一样，甲状腺癌发病初期无明显症状，仅触及颈部单个、固定、质硬的肿块，随着病程的进展，可出现癌肿压迫周围组织和转移症状。如压迫喉返神经、气管和食管所引起的声音嘶哑、呼吸困难或窒息以及吞咽困难；压迫颈部神经可出现局部疼痛。发生局部淋巴转移，可在颈部扪及硬而固定的淋巴结，亦可出现骨转移和肺转移。

（四）甲状腺肿瘤最常用的检查方法是影像学检查

如放射性^{131}Ⅰ及^{99m}Tc检查甲状腺瘤为温结节且边缘较清晰，检查甲状腺癌为冷结节，边缘较模糊。B超下可发现甲状腺肿块及囊内出血，甲状腺癌的影像为实性结节。另外，用细针穿刺肿瘤局部作细胞学检查，可明确诊断病变的性质。

（五）甲状腺肿瘤原则上应早期手术切除

良性肿瘤一般行患侧甲状腺大部切除术，对于瘤体较小的可单纯切除腺瘤；对于恶性肿瘤则应加大范围切除，一般采取患侧腺体连同峡部全切及对侧腺体大部切除术，必要时还要同时作颈部淋巴结清扫。另外还可根据腺癌的病理类型选择合适的治疗方法，如放疗对于未分化性甲状腺癌有很好的疗效。

【护理知识】

（一）康复护理

甲状腺手术要求病人在术中采取颈部过伸的姿势，如果在术前没有经过充分准备病人往往很难坚持，因此要指导病人进行手术时体位练习：病人仰卧、肩部垫一软枕，尽量使头后仰

暴露颈部，每次静卧十分钟，每天三次。

（二）术后颈部留有引流管，先采取平卧位，待血压平稳后改为半卧位，以便于呼吸和引流

由于颈部手术后可能出现的并发症较多，故术后密切观察病情尤为重要。首先，要注意呼吸情况，因为术后出血会压迫气管而致呼吸困难，术中损伤喉返神经也会导致呼吸困难甚至窒息：其次，要观察伤口敷料潮湿情况以及引流液的颜色，可以及时发现是否有大量出血的发生；还要了解病人发音和吞咽功能是否正常，如有异常则提示喉返神经、喉上神经存在损伤。

病情平稳或麻醉清醒后，可让病人少量饮用温水或凉水，如无呕吐和咳呛可进食微温的流质，因食物过热可刺激颈部血管扩张加重伤口渗血，术后两天则可进食流质或软食。

六、乳腺癌

【疾病知识】

（一）关于乳房的常识

乳房是女性重要的性征器官，位于胸前两侧，呈半球形，中央为乳头，乳头周围色素沉着区为乳晕。乳房主要由腺体、结缔组织、脂肪及覆盖于表面的皮肤组成。乳房腺体（乳腺）约由 15--20 个腺叶组成，每个腺叶又分为若干个腺小叶，每个腺小叶又由若干个腺泡组成；每个腺叶都有其单独的乳管，呈放射状集中并开口于乳头。腺体之间有许多与皮肤垂直的结缔组织纤维束，称枯贝氏韧带（乳房悬韧带），是分割腺叶的墙壁和支柱，起固定和支持乳房的作用。

（二）乳腺癌，又称乳房癌、乳癌，是发生在乳腺腺泡细胞和乳管上皮细胞的癌肿

乳腺癌现已成为危害广大妇女健康和生命的主要恶性肿瘤，发病率约为每 10 万人有 23 人发病，且呈上升趋势。其确切原因并未完全明确，但研究表明与遗传因素、卵巢功能、婚育及哺乳等因素有密切关系。由此可得出乳腺癌的易感因素：有乳癌家族史的人、月经来潮早于 12 岁、绝经迟于 50 岁、40 岁以上未孕或初次足月产迟于 35 岁者。另外，乳房良性疾病、高脂饮食和地域种族的差异也是乳癌的相关因素。

（三）乳腺癌常好发于乳房外上方、乳头或乳晕处，是质硬、无痛、与周围组织分界不清的肿块，常为单发，若肿块较大，会使乳房局部皮肤隆起

癌肿侵及枯贝氏韧带，会使之失去弹性而收缩，进而牵拉表面皮肤使之凹陷，外观形似酒窝，称为“酒窝征”；癌肿侵及乳管使之收缩，可导致乳头被牵拉向癌肿一侧或内陷；癌肿侵及皮内和皮下淋巴管引起淋巴管阻塞水肿，毛囊处呈点状凹陷，外观酷似桔皮，称之为“桔皮样改变”。随着疾病的进展，癌肿还会向深部的筋膜、肌肉浸润，也可向上侵及皮肤而使之破溃；腋窝转移是最常见的淋巴转移途径，造成淋巴结肿大，上臂淋巴回流障碍而呈蜡白色水肿，此外，还可通过血行转移至肺、肝、骨骼。

（四）乳腺癌的治疗也是以手术为主的综合疗法

根据癌肿发展的不同阶段实施不同类型的手术。其中标准根治术是最常见的手术方式，适用于区域淋巴转移而无远处转移者，手术范围包括患侧全部乳腺及距癌肿边缘 3—5 厘米的皮肤；胸大肌、胸小肌及其筋膜；同侧腋窝及锁骨下淋巴结清扫。还可在手术的基础上，辅以放、化疗及其他疗法。

（五）乳腺癌的预后与病理分型、病变范围等多种因素有关

癌肿分化良好的，即与正常细胞差别较小的预后好于分化差的；无淋巴结转移的好于发生了淋巴转移的；区域淋巴结转移个数的不同其预后可有很大差别；一旦发生远处转移，生存时间则会大大缩短。

【护理知识】

（一）倡导女性定期为自己进行乳房检查（乳房自检）是目前乳腺癌早期发现的一项有力措施

乳腺自检应在月经后一周进行，40 岁以上妇女最好每月进行一次较系统的自检。检查方法包括视诊和触诊两部分。

1. 视诊。脱去上衣，在明亮的光线下面对着镜子，分别采取如下四种姿势：双臂放松垂于身体两侧、双手插腰、双臂上举、双臂放松下垂上身向前微倾，观察双乳的外形是否异常、双侧乳房是否等高、乳房皮肤有无脱皮或糜烂及“酒窝症”或“桔皮样改变”、乳头是否太高、内陷或有分泌物流出。

2. 触诊。可采取立位或卧位，被检查一侧上肢抬高，用另一侧手指进行触诊。将手指平放在乳房上，按外上、外下、内下、内上、中央部及腋下、锁骨下、锁骨上淋巴结顺序进行系统触诊，检查有无肿块、乳头有无溢液或淋巴结有无肿大。注意千万不可抓捏乳房，因这样会影响触诊结果。

自检时如发现任何异常，应积极到医院进行详细检查。钼靶摄影是一项简便有效的 X 射线检查手段，乳头溢液涂片、乳房肿块针吸活检或肿块切除病理检查可以明确诊断、避免漏诊。

（二）保持正常心态

一旦确诊为乳腺癌，患者往往无法承受这突如其来的精神

打击，尤其是年轻女性，情绪上难以自控，此时来自家庭和医务人员的安慰支持有利于调整心态、建立起与疾病斗争的信心。可通过向病人讲解本病的相关知识，使之避免盲目悲观，积极配合手术和其他治疗。

（三）术后护理

根治术后病人，患侧上肢由于疼痛和胸肌的缺失不能正常活动，必须按时有步骤地进行功能锻炼，否则就会导致患肢功能缺损而致残。术后1天进行手指的活动（抓挠），术后2—3天进行转腕活动，术后3—5天可屈伸肘关节，术后一周进行肩部活动，可在健侧手臂的支持下抬高患侧上肢，也可进行“爬墙”或“摸高”活动，可比较前后所触及的高度，用以衡量患侧上肢功能的恢复情况。若患侧手指能高举过头顶触及对侧耳廓则表明患肢功能恢复正常。

（四）术后病人面临的另一个重大问题是由于乳房的缺失而带来的形象上的紊乱，进而影响家庭生活和社会交往

义乳的佩戴和乳房再造术可解决这一难题。义乳，即假乳，由硅胶材料制成，模拟乳腺组织的柔软度和弹性，置于缺失乳房的一侧内衣中；乳房再造术一般在根治术后3个月进行，是在局部植入乳房假体的一种整形手术。这两种方法弥补了乳腺癌术后患者形象上的缺失，使之从心理上重返家庭和社会。

（五）病人出院后仍需警惕癌肿的复发，应严格进行自检和X线复查

5年内应避免妊娠以防妊娠所引起的内分泌水平的变化导致复发；避免于患侧上肢测量血压或静脉穿刺，以免肢体肿胀。

【用药知识】

1. 乳腺癌化疗常用方案有CMF（环磷酰胺、甲氨蝶呤、氟

尿嘧啶)、CAF(环磷酰胺、阿霉素、氟尿嘧啶)、ACMF(阿霉素、环磷酰胺、甲氨蝶呤、氟尿嘧啶)和MFO(丝裂霉素、氟尿嘧啶、长春新碱)等。手术后近期开始化疗是乳腺癌综合治疗方案必不可少的环节。放疗则在术前用于控制癌肿发展,术后巩固手术效果减少复发,常用的是钴60和深部X线照射。

2. 内分泌疗法是针对乳腺癌与卵巢功能的关系而采取的,主要有激素的应用和卵巢去势治疗等。绝经4年以上患者口服己烯雌酚(雌激素),每次5毫克,每日3次,大约1/3患者有效,但有阴道流血等副作用;未绝经或绝经5年以内已有骨转移的乳癌患者肌肉注射丙酸睾丸素(雄激素),每次50—100毫克,隔日一次,用药后2个月内出现疗效,但可出现男性化征象;绝经期前后妇女应用抗雌激素治疗,即三苯氧胺。卵巢去势治疗即将双侧卵巢切除或X线照射以取消其内分泌作用,对癌肿的发展有抑制作用。

七、腹外疝

【疾病知识】

(一)什么是腹外疝

人体的腹壁由皮肤、皮下组织、肌肉、筋膜组成,腹壁之下是腹膜,腹膜分为壁层和脏层两部分,壁层腹膜紧贴于腹壁、横膈脏面和盆壁内面,脏层腹膜覆盖于内脏表面。正常情况下,腹腔内脏器均有各自较为固定的解剖位置,在腹壁强度降低和腹内压力增高的情况下,腹腔内的脏器或组织(常为肠管或大网膜)连同壁层腹膜经腹壁薄弱点或孔隙向体外突出,形成由皮肤全层覆盖的异常隆起,就称之为腹外疝。根据发生部位,

腹外疝有腹股沟疝（又分斜疝和直疝两种）、股疝、脐疝、腹白线疝、腰疝、切口疝等，其中最常见的是腹股沟斜疝，约占全部腹外疝的75%～90%，男女发病比例约为15：1，是肠管等组织从腹股沟管穿出进入阴囊所形成的疝。先天性的腹膜鞘状突不闭锁或闭锁不全是导致腹股沟斜疝形成的主要原因。

（二）腹外疝的临床表现依其可复程度和血液供应情况有很大差异

易复性疝是指脱出物较易回纳的疝，往往在腹内压增高时突出，如站立、行走、咳嗽、便秘时出现，平卧或用双手即可回纳；难复性疝则不能或不能完全回纳入腹腔；嵌顿性疝则是指脱出物被卡住而不能回纳，若脱出物为肠管，则肠壁及其系膜会因受压而发生动脉血供受阻和静脉回流障碍，导致肠管淤血肿胀，颜色由正常的淡红色逐渐变为暗红色，肠蠕动功能减弱而出现腹痛、呕吐、腹胀等机械性肠梗阻的表现；如不能及时解除嵌顿，肠管血供会被完全阻断，最终变黑坏死，肠壁将失去蠕动能力，如继发感染则演变为化脓性腹膜炎。

（三）手术修补是治疗腹外疝的最有效方法

但对于婴幼儿的疝，随着腹壁的逐渐强壮，疝有可能自行消失，因此1岁以下婴幼儿可暂不手术，可用束带压迫局部腹壁薄弱区，以防疝脱出。手术的原理是修补薄弱或缺损的腹壁，也可视情况切除脱出的脏器或组织。为减轻由于自身组织修补所造成的过大张力，许多人工合成材料已被应用于疝的修补手术用以填充缺损，达到无张力缝合修补的效果，当前较为常用的材料有聚丙烯、聚四氟乙烯等，都具备了强度高、组织相容性好的优点。随着手术器材的不断进步，腹腔镜技术已得到广泛应用。这种技术是先在腹腔充入二氧化碳形成操作空间，然后在腹壁行3个戳口放入窥镜和手术操作器械，在电视

屏幕的监视下植入补片而完成疝修补术的，具有创伤小、恢复快、病人住院时间短的优点。

【护理知识】

（一）可复性疝反复脱出，容易成为难复性疝，故应注意尽量避免增加腹压的因素，如吸烟、感冒、咳嗽、便秘、剧烈运动等

在术前如仍然存在引起腹内压力增加的因素，应及时排除后方可手术，如术前两周开始戒烟；注意保暖预防受凉感冒；多进食膳食纤维丰富的食物，保证充足的水分摄入，使大便通畅等。

（二）术后护理

术后不宜过早下床活动，站立和行走都会增加腹内压，使腹外疝在尚未愈合的腹壁处再次发生，卧床时宜采取平卧位，膝下垫一软枕使髋关节微屈或采取半卧位，以减小腹内压和切口张力，从而减轻了伤口疼痛且有利于伤口愈合。术后 3—5 天方可下床活动，仍需注意防止腹内压增加。术后 3 个月内避免重体力劳动和提举重物。

（三）对于腹股沟疝的男性病人，阴囊较松弛、位置较低，渗血、渗液易聚集于此，为预防阴囊水肿，可用丁字带将阴囊托起

八、胃癌

【疾病知识】

（一）胃癌是我国最常见的恶性肿瘤之一，其每年死亡人

数几乎接近全部恶性肿瘤死亡人数的 1/4，好发于 40—60 岁人群，男性发病率高于女性

（二）胃癌病因至今尚未完全清楚，目前认为与下列因素有关

1. 环境和饮食。中国、日本、北欧一些国家发病率高于美国、马来西亚，这表明胃癌的发生与地域环境的差异和不同的饮食习惯有关。研究表明，腌制食物中含有的亚硝酸盐、烟熏食物中含有的 3—4 苯并芘和霉变食物中的致癌毒素都与胃癌的发生有关。

2. 胃部慢性疾患。如胃溃疡、萎缩性胃炎、胃息肉均被视为“癌前病变”，三者癌变的概率分别为 5%、10%和 10%。

3. 幽门螺旋杆菌感染。这种细菌有促使食物中硝酸盐降解为亚硝酸盐而致癌的作用，其代谢产物还能直接刺激胃黏膜细胞发生癌变。

4. 精神神经因素。有研究表明受过重大精神创伤和长期郁闷者胃癌的发病率相对较高。美国华盛顿大学霍姆博士曾对各种造成精神紧张的事件进行排序，排名第一的是配偶死亡，以下依次为离婚、夫妻分居、监禁、亲密的家庭成员死亡、伤病、失业等。

5. 遗传因素。胃癌的发生有一定的家族聚集性，基因学研究表明，这与家族成员染色体中共同存在的特有遗传物质有关。

（三）关于胃

胃是一弧形囊状器官，上接食管、下连十二指肠，入口为贲门、出口为幽门。把胃的左右弧度作三等份，连接各对应点可将胃分为三部分，从上到下依次为贲门部、胃体部和胃窦部。胃癌的好发部位是胃窦部，约占全部胃癌的一半，其次为

贲门部，发生在胃体部的较少。

（四）胃壁从内到外分四层：黏膜层、黏膜下层、肌层和浆膜层

癌细胞向外侵犯的层次越多表明癌肿的发展阶段越晚、病情越严重、预后越不好。肉眼观察胃癌的形态有五种类型：浅表型、结节型、溃疡局限型、溃疡浸润型和弥漫浸润型。浅表型属早期胃癌，病变仅侵及黏膜层和黏膜下层，其中仅局限于黏膜层者称为原位癌；其余四型，病变均超过了黏膜下层，属进展期胃癌，又称中晚期胃癌。癌肿穿破浆膜层后，可直接侵犯邻近的脏器和组织，如横结肠、大网膜、肝脏、胰腺等；由于黏膜下层有丰富的淋巴组织，故胃癌可较早发生淋巴转移，由区域淋巴结开始至远处淋巴结，也有直接发生远处转移的跳跃式转移；晚期的癌肿可经血行转移至肝、肺、骨、脑及皮下组织；突破浆膜的癌细胞脱落到其他脏器或腹膜上所形成的转移称为种植性转移。

（五）胃癌早期无明显症状，或仅有轻微消化道症状，如嗳气、返酸、食欲减退等，易被归结为消化不良或与胃炎、十二指肠溃疡症状相混淆而未引起重视

此外，上腹隐痛、恶心、呕吐也是常见症状。癌肿破溃或侵犯血管造成出血，病人表现为呕血和黑便。癌肿迅速生长对于机体能量的消耗和进食量不足所形成的能量入不敷出的状况存在和发展的结果是病人消瘦、乏力、贫血，最终表现为恶液质。查体可在上腹部扪及质硬的肿块，有压痛，晚期出现远处转移，可有肝肿大、腹水、锁骨上淋巴结肿大等。

（六）目前临床上检查胃癌的方法主要是X线钡餐和纤维胃镜

X线钡餐是利用钡剂填充胃腔在X光片上显影来观察胃

的形态、蠕动和黏膜的大致情况的一种影像学检查方法。结节性胃癌表现为钡剂充盈缺损，溃疡性则表现为胃壁内龛影，弥漫浸润性表现为胃壁僵硬、蠕动波消失，形似一皮革囊袋，称为“革袋状胃”。纤维胃镜是应用较为普遍的一种内窥式检查方法，是在纤维光束引导下，从体外监视屏上观察胃内形态和功能的变化，有无肿块和溃疡、有无出血、黏膜颜色变化等，还可在直视下取活组织作病理检查以确定病变性质，因此纤维胃镜检查是目前检查胃癌最准确可靠的方法。除上述两种方法，还有粪便隐血试验和胃酸测定等方法。

（七）尽早实施手术是提高疗效的关键

根治性手术不仅包括胃大部或全部的切除，还包括周围大、小网膜和区域淋巴结的切除。若癌肿已广泛转移，阻塞消化道，应进行以解除梗阻、减轻痛苦、延长生命为目的的姑息性手术。此外，化疗作为一种主要的辅助疗法可以杀灭术中脱落和残留的癌细胞，巩固和提高手术疗效，常用化疗药为5-氟尿嘧啶、丝裂霉素等。

【护理知识】

（一）降低胃癌死亡率、提高生存率和生活质量的关键在于疾病的早期发现

虽然胃癌早期没有或缺乏典型症状，但还是存在一些容易被忽略的危险信号：上腹不适、隐痛；不明诱因的食欲不振、嗳气、返酸、消化不良；进行性体重减轻伴乏力；粪便潜血试验阳性或出现肉眼可见的黑便；原先无胃病，近期出现上腹隐痛或原有胃病疼痛节律发生变化者都应给予足够的重视，积极入院进行X线钡餐或胃镜检查。

（二）虽然我们不能预测和控制胃癌的发生，但可以结合胃癌的发病因素进行必要的预防

养成良好的饮食习惯：不暴饮暴食、要细嚼慢咽，不偏食油腻和过咸的食物，不吃腌制、熏烤、霉变的食物，多食含丰富维生素C的蔬菜水果以及富含维生素A的动物肝脏、胡萝卜、牛奶等，粮食不要过于精细，常吃生葱大蒜，常饮绿茶；此外还要忌烟忌酒；要学会调整自己的情绪，保持心情舒畅；患胃溃疡、慢性萎缩性胃炎等慢性胃病者应定期进行胃镜检查。

（三）胃癌确诊后，若未发生广泛转移且病人身体状况允许应积极接受手术治疗

为保证伤口不被污染，术前需进行备皮，即剃除手术区域内的毛发，具体范围是从乳头水平到耻骨联合（阴部水平）之间、包括阴毛。为保证术中消化道清洁需在术前1—2天进食无渣饮食，术前1日晚间给予灌肠以洗净肠道，另外还要在术前1日留置鼻胃管外接负压引流装置以引出胃肠道内的积气积液。

（四）术后病人清醒后采取半卧位，可以减轻腹部切口的张力从而使疼痛减轻，还有利于呼吸道通畅

胃管可以吸出胃内的积血、积液有利于伤口愈合，因此在术后24小时内可见胃管引流出少量血液或咖啡色的液体，留置胃管期间应禁食，术后3—4天后肠蠕动恢复即肛门排气之后方可拔除。拔除胃管后即可开始进食，先从少量水或米汤开始，逐渐向正常饮食过渡，在经口进食未能满足病人全天能量所需时应从静脉补充营养，饮食上要遵循“少量多餐”的原则。鼓励病人早期活动，术后1日可协助病人在床上进行深呼吸、翻身、屈伸肢体的活动，病情允许情况下早期下床活动。胃癌术后护理的另一重点是术后并发症的观察，胃大部切除术

后常见的并发症有如下几个：

1. 术后胃出血。一般发生在术后 24 小时，胃管引流出大量鲜血或出现呕血、黑便。应立即给予止血药并输入新鲜血，未能止血者应再次手术止血。

2. 十二指肠残端破裂。一般发生在术后 3—6 天，酷似十二指肠溃疡穿孔，表现为右上腹部突发剧烈疼痛、局部明显压痛、反跳痛、腹肌紧张等腹膜炎症状。此时应立即手术处理。

3. 残胃蠕动无力。约发生在术后 7—10 天，病人由流质改为半流质的过程中出现进食后上腹饱胀、钝痛、呕吐，应停止进食，再次留置胃管进行胃肠减压并经静脉进行营养支持，同时给予吗丁啉等胃动力药，症状即可逐渐消失。

4. 术后梗阻。表现为腹痛、呕吐、腹胀等肠梗阻症状，应进行手术解除梗阻。

5. 倾倒综合症。早期倾倒综合征多发生在餐后 10—30 分钟，表现为上腹饱胀不适、恶心呕吐、腹泻、全身无力、头晕、面色苍白、心动过速、大汗淋漓等。此并发症是由于胃内容物过早过快进入肠道所致，因此进餐后平卧 10—20 分钟有助于缓解，且需注意少量多餐，避免进食过甜食物。晚期倾倒综合症又称低血糖综合症，是食物快速进入小肠所引起的胰岛素大量释放的反应性低血糖症状态。表现为餐后 2—4 小时病人出现心慌、无力、出汗、眩晕等，稍进食糖类即可缓解，少量多餐可防止其发生。

（五）在疾病的治疗过程中，要始终鼓励病人树立与疾病作斗争的勇气和信心

手术后要坚持必要的后续治疗，如化疗和中药治疗等；定期复查是及早发现复发或转移的有效手段，术后第 1—2 年内每 3 个月复查一次，5 年内每半年复查一次，5 年以后每年复

查一次；此外还应加强营养、积极参加体育锻炼以提高抵抗力，有助于康复。

【用药知识】

（一）胃癌化疗药物应联合使用，目前公认疗效最好的静脉用药方案是FAM（5-氟尿嘧啶、阿霉素、丝裂霉素）、MFC（丝裂霉素、5-氟尿嘧啶、阿糖胞苷）等，最好空腹时给药，以减轻恶心、呕吐症状

常用的口服化疗药有优福定（UFT），最好饭后服用，以减轻胃刺激。必要时可在用药前给予胃复安、爱茂尔等减轻化疗药对胃肠道的负反应。

（二）定期查血象（一周2次）、肝、肾功能（一月1次），根据检查结果决定是否继续用药

（三）用化疗药一段时间后（1—2月）到医院复查以确定药物的疗效，然后决定是否继续使用此药

九、肠梗阻

【疾病知识】

（一）小肠是人体最长的一段肠道，成人小肠全长3—5米，包括十二指肠、空肠、回肠三部分

小肠被肠系膜固定于腹后壁，在肠系膜上还走行着供应小肠血液的肠系膜动脉和收集回流血液的肠系膜静脉。小肠壁与胃壁相同，由内向外分别是黏膜层、黏膜下层、肌层和浆膜层。小肠的功能十分重要，是食物消化和吸收的主要部分，其消化作用是依靠黏膜所分泌的富含多种酶的碱性肠液实现的，

小肠还可吸收大量水、电解质、各种维生素，小肠功能一旦受损，机体会损失大量液体而引起严重营养障碍及水、电解质、酸碱平衡失调。

（二）肠梗阻，顾名思义是指肠道发生了阻塞以致其中内容物不能正常向下运行的一种疾病

按发生的原因可把肠梗阻分为三类：机械性、动力性和血运性。最常见的为机械性肠梗阻，主要是由肠粘连、扭转、疝嵌顿等引起肠管受压或寄生虫、粪石、异物等堵塞肠管而造成的梗阻，后两类较少见；动力性肠梗阻是由于神经反射或毒素刺激引起肠壁肌肉功能紊乱，常见于弥漫浸泡腹膜炎和铅中毒；血运性肠梗阻则是由于肠管血运障碍而导致肠麻痹而引起的。肠管缺血坏死又称绞窄性肠梗阻。

（三）单纯机械性肠梗阻有四个典型症状：腹痛、呕吐、腹胀、停止排气排便，都是梗阻所造成的直接后果

肠管某部位发生梗阻后，其上方内容物不能正常下行，大量液体、气体聚集造成明显腹胀。梗阻以上肠段加强蠕动以克服阻力仍不能排除障碍造成腹痛和呕吐，腹痛特点是阵发性绞痛，病人自觉似有“气块”在腹中窜动，不同部位的肠段梗阻呕吐出现时间和特点各异：高位梗阻其梗阻部位距离口腔较近，呕吐出现较早且频繁，呕吐物主要是胃液、十二指肠液和胆汁；低位梗阻其梗阻部位距离口腔较远，呕吐出现较晚，呕吐物常为粪水样。在完全梗阻的情况下，病人停止排气排便，从而加重了腹胀。梗阻造成肠管内压力增高，肠壁受压充血肿胀、进而发生血运障碍而影响其吸收功能的发挥，加之频繁呕吐造成体液的大量丢失，导致机体水、电解质、酸碱平衡失调，出现脱水体征：唇舌干燥、眼窝凹陷、皮肤弹性差、尿少等。肠管长时间血流受阻导致肠壁缺血坏死而穿孔，机体会出

现明显的腹膜炎表现：腹部持续剧痛、腹肌紧张形成“板状腹”。大量的细菌繁殖和毒素吸收导致全身感染中毒症状甚至休克：病人出现脉快而无力、血压下降、面色苍白、四肢发凉等。可以说，肠梗阻是局部病变引发全身表现的典型疾病，在治疗上也要从整体观出发，局部和全身治疗并举。

（四）腹部 X 光片是重要的检查方法

从肠梗阻病人的立位或侧卧位 X 光片上往往可以观察到较为明显的“气液”平面，这是梗阻上端气体上浮和液体积聚的结果。

（五）肠梗阻的治疗原则可归结为六个字三个方面：减压、输液、抗菌

其中减压可通过手术和非手术两种方式进行。胃肠减压是非手术的治疗措施，是利用从口腔插入胃肠的管道在负压装置的吸引下抽出胃肠道内的积气积液，从而减轻腹胀、改善肠壁血运和减少细菌和毒素的吸收。手术方法是通过腹部切口在直视下松解粘连、肠扭转复位、肠切开取出异物或切除坏死的肠段。另外，肠梗阻所引起的水分丢失、电解质紊乱必须通过输液来补充和调节，液体输入的量和电解质的种类要严格依据血液检查的结果动态调节。如果出现肠坏死出血损失大量血液，要适当补充全血或血浆。选用合适的抗生素治疗和预防细菌感染也是肠梗阻治疗中必不可少的环节，因为肠道中存在多种细菌，在梗阻情况下细菌会加速生长和繁殖，严重时会发生弥漫浸润性腹膜炎、脓毒症，威胁到病人的生命。

【护理知识】

（一）肠梗阻病人应禁食

经过治疗缓解后可进食流质，但忌食容易产气的食物如甜

食和牛奶等，同时配合胃肠外营养支持，满足病人每日营养所需。

（二）可采取半卧位

因这样可以使膈肌降低从而减轻腹胀、改善病人的呼吸循环状况。

（三）对于呕吐频繁的病人

为避免因误吸而引起吸入性肺炎或窒息，要使病人在呕吐时采取坐位或卧位时头侧向一边，呕吐后要漱口以清除残留呕吐物，避免口腔感染。

（四）对于行胃肠减压者

要注意鼻胃管是否通畅，即观察负压吸引装置中是否有液体流出以及管道是否折曲受压，同时应密切观察引流液的颜色、性状和量，如发现血性引流液，应警惕有绞窄性肠梗阻的发生。

（五）手术后的病人要注意并发症的观察

主要是感染和肠瘘，因此要观察病人的体温是否异常增高、有否疼痛及疼痛的性质和程度，以及引流液的性质和伤口的情况。

（六）病人在出院后要注意饮食卫生

不要暴饮暴食，避免腹部受凉和饭后剧烈活动，保持大便通畅，一旦出现腹痛、腹胀、停止排气排便等症状及时就诊。

十、阑尾炎

【疾病知识】

（一）阑尾常识

沿着小肠向下移行，即是大肠的起始段盲肠，阑尾则是开

口并起自盲肠根部而尾端封闭的长约5—10厘米的小段器官，外形似蚯蚓状，极像盲肠末端长出的小尾巴，因此得名阑尾。阑尾在腹腔中的位置和尾端的指向并不是恒定的，而是随着盲肠的位置不同而变化的。也就是说，并不是每个人的阑尾解剖位置都一样，是存在变异的。我们常常听说某人切除了阑尾，这是否影响其功能的发挥进而影响其健康呢？研究表明，阑尾是一个淋巴器官，具有一定的免疫功能，阑尾的淋巴组织在出生后开始出现，12—20岁达到高峰，以后逐渐减少，60岁后完全消失，因此切除成人的阑尾，对人体的免疫功能是没有影响的。与肠管一样，阑尾从内到外也分为四层：黏膜层、黏膜下层、肌层和浆膜层。

（二）阑尾炎是发生在阑尾的细菌感染，按起病缓急有急性和慢性之分

急性阑尾炎是最常见的外科急腹症之一，它是以急性腹痛为突出表现，特点是发病急、进展快、病情重，一旦延误诊断或治疗方针不当，将会给病人带来严重危害甚至死亡，多发于青年人，男性发病率高于女性。慢性阑尾炎多是由急性阑尾炎转化而来，是通过局部组织的增生修复与病菌达到一定的平衡状态，机体抵抗力低下时可促使急性发作。本文着重谈急性阑尾炎。

（三）急性阑尾炎的病因主要包括两方面：阑尾管腔阻塞和细菌入侵

如同当河道中出现杂物淤积而影响了河水运行时容易引起河流污染是一个道理。引起阑尾管腔阻塞的原因很多，占60%的是由于淋巴组织增生，年轻人正处于淋巴组织生长达到高峰的时期，这也正是年轻人易患此病的原因。其次粪石的阻塞也是较为常见的，约占35%，还有异物、蛔虫、肿瘤等的

阻塞，但较少见。另外，阑尾本身的管腔细、开口小、系膜短的解剖形态特点也决定了它易卷曲而导致管腔阻塞。管腔阻塞后，势必会引起细菌的大量繁殖并分泌各种毒素而损伤阑尾各层组织。

（四）病状表现

当损害仅局限于黏膜层和黏膜下层时，阑尾外观上仅有轻度肿胀和充血，此时往往出现在病变的早期，称为急性单纯性阑尾炎；继续发展，损害深达肌层和浆膜层，且各层均有积脓且炎症已侵及邻近腹膜，此时称为急性化脓性阑尾炎；病变进一步加剧使阑尾壁坏死甚至穿孔，外观呈暗紫色或黑色，腹膜感染也由局限性发展为弥漫性，此阶段称为坏疽性或穿孔性阑尾炎；此时大网膜可游移至此并包裹阑尾形成阑尾周围脓肿。在急性单纯性阑尾炎阶段，如果我们及时采取适当的药物治疗可使炎症消退，阑尾周围脓肿阶段实际上是使炎症暂时受到控制，继续药物治疗可使炎症消退，但也存在某些情况下炎症加重的可能。如果没有给予及时治疗，炎症会发生扩散而引起严重后果，甚至发生感染性休克。

（五）急性阑尾炎的典型表现是“转移性右下腹疼痛”

即疼痛初起于上腹或脐部，数小时后转移并固定于右下腹部，且呈持续性疼痛。疼痛固定后，查体可有一典型体征出现：即麦氏点（脐与右髂前上棘连线中外三分之一交点处）压痛和反跳痛。腹痛同时伴有恶心、呕吐等胃肠道反应。炎症会引起体温升高，常在38℃以上，有弥漫性腹膜炎者还会出现寒战、高热，查体有腹膜刺激症，即腹肌紧张、腹部压痛、反跳痛等。

病人有典型的转移性右下腹疼痛和麦氏点固定压痛，实验室检查血白细胞计数上升、中性粒细胞比例增高以及B超检

查发现肿大的阑尾或脓肿即可确诊为急性阑尾炎。

（六）急性单纯性阑尾炎的治疗主张早期手术切除病变的阑尾

已出现阑尾广泛化脓、坏疽或坏死，在切除阑尾的基础上要清除邻近组织及脓液，清洗腹腔后留置引流管。阑尾周围脓肿不要擅行手术，应在进行禁食、补液、药物抗菌等非手术治疗措施待病情稳定后方可手术切除阑尾周围脓肿，以免脓液扩散引起腹膜炎。

【护理知识】

（一）由于本病起病急、症状明显，又大多以手术为治疗手段，病人会出现焦虑甚至恐惧的心理，应做好对病人及其家属的心理护理工作

向他们进行安慰、稳定其情绪，解释疾病和手术的相关知识，包括疾病的病理过程、手术的必要性和重要性，使他们放下不必要的担心和误解，自愿地接受和配合手术。

（二）疼痛是本病一个突出临床特征，也是使病人遭受痛苦的一个主要原因

对于已经确诊且病情较稳定者可以给予适当的止痛剂，对于尚未明确病情者或病情不稳定随时可能出现穿孔、腹膜炎的病人应禁用止痛剂，如吗啡等，以免掩盖病情、贻误诊断。

（三）病情的观察对于急性阑尾炎患者尤为重要

因为急腹症的特点就是病情重、变化快，因此做好生命体征的监测、腹部体征的检查以及听取病人的主诉十分重要。出现寒战高热、腹膜炎体征且病人主诉疼痛程度和范围加大，要警惕有阑尾穿孔、急性弥漫性腹膜炎的发生，同时采取相应的抢救措施。

（四）手术后的一般护理与其他腹部手术大体相同

病人从手术室回病房后，采取去枕平卧位，头偏向一侧以免出现麻醉副作用呕吐造成误咽和窒息，一般6小时后麻醉清醒即可采取半卧位，这样可以使膈肌下移有利于呼吸和引流，还可以减轻切口张力从而减轻疼痛。保持切口敷料清洁干燥，密切观察有无伤口渗血和感染情况，引流管要妥善固定，防止脱出或扭曲受压，经常挤压防止堵塞，观察记录引流液的颜色、性状及量。术后应禁食、静脉补液，待肛门排气后可逐渐由流质恢复至正常饮食。继续使用有效的抗生素控制存在和可能发生的感染。鼓励病人早期下床活动或在床上活动，以利于消化功能恢复和伤口的愈合。

（五）要严密观察术后情况，防止并发症的发生

急性阑尾炎术后常见并发症有切口感染、出血、腹腔感染和粘连性肠梗阻等。

1. 切口感染是阑尾炎切除术后最为常见的并发症，表现为术后体温持续增高，伤口红肿、疼痛、渗脓。可采取拆除切口缝线、排除脓液、生理盐水冲洗并留置引流条彻底引流的措施。

2. 出血多因手术中血管结扎线脱落所致，表现为腹痛、腹胀以及面色苍白、血压下降、脉搏细速等失血性休克症状。采取输血、补液、紧急回手术室再次手术止血等措施。

3. 腹腔感染多发生在术后一周左右，表现为已恢复正常的体温又升高，同时伴有腹膜炎症状，应立即给予有效抗菌药物，必要时再次手术清理腹腔、冲洗引流。

4. 粘连性肠梗阻是各类腹部手术后可能出现的共同并发症，是由局部炎性渗出和组织修复造成的，术后早期活动可有效预防。一旦发生，可采取禁食、胃肠减压等手段进行非手术

治疗，若粘连程度较大，非手术治疗效果不明显，可再次手术解除粘连梗阻。

十一、肝癌

【疾病知识】

（一）肝脏常识

肝脏是人体最大的实质性器官，大部分位于右上腹部，重约1200～1500g，分为左右半肝，左半肝又分为两叶，右半肝又分为三叶。正常时在右肋缘下不能触及肝脏。肝脏由肝实质和两个管道系统组成。肝脏实质是由无数个肝小叶组成的，肝小叶又是由无数个肝细胞排列而成，肝小叶之间有结缔组织分割，其中走行着肝脏的管道系统：门静脉系统和肝静脉系统。门静脉系统包括门静脉、肝动脉和肝胆管，肝脏血液供应25％～30％来自肝动脉，70％～75％来自门静脉，其中肝动脉血液含氧量高，占肝脏所需总氧量的40％～60％。门静脉主要汇集来自肠道的血液供给肝脏营养。肝静脉系统是肝内血液的输出道，它将血液注入下腔静脉后回流至心脏。

（二）肝脏的生理功能十分多样全面，对人体的新陈代谢顺利进行起着至关重要的作用

1. 肝脏每天分泌600～1000毫升胆汁，经肝胆管流入十二指肠帮助脂肪和脂溶性维生素的消化和吸收。

2. 肝脏好比一座化工厂可以合成分解各种人体必需的营养物质：它能将碳水化合物转化为糖原储存起来又能在血糖降低时将其分解为葡萄糖以维持血糖浓度恒定；肝脏中含有各种酶类，通过脱氨、转氨作用将人体从食物中吸收的蛋白

质分解成各种氨基酸、又通过合成作用将这些氨基酸重新合成人体代谢所需的多种蛋白质，肝细胞受损时转氨酶释放入血，可见血中转氨酶含量升高；肝脏对维持体内各种脂质如胆固醇和磷脂的恒定有重要作用；肝脏还参与维生素A、B、C、D、E、K的代谢和储存；肝脏对于各类激素的代谢和灭活有重要作用，当肝脏损害以致对雌激素的灭能作用减退时可引起男性乳房发育，对抗利尿激素灭能作用减退时可引起腹水和水肿。

3. 肝脏能合成纤维蛋白原、凝血酶原和多种凝血因子，参与凝血过程。

4. 对于体内外各种毒素和有毒物质，肝脏可通过分解、氧化等作用使其失去毒性或排出体外。

5. 肝脏中的枯否氏细胞还能吞噬细菌、细胞碎片等从而将其从血液中清除出去。

6. 肝脏内所含的铁、维生素B_{12}、叶酸还能参与造血。

（三）肝脏的恶性肿瘤称为肝癌

肝癌又分为原发性和继发性两种，继发性肝癌又称为转移性肝癌，是由其他部位的恶性肿瘤转移至肝而引起的，本文着重介绍原发性肝癌。原发性肝癌是我国最常见的恶性肿瘤之一，发病年龄多在40—49岁，男性多见。其发病机制虽然并未明了但研究显示：病毒性肝炎、肝硬化、黄曲霉菌、亚硝胺类致癌物等与原发性肝癌的发生密切相关。

（四）原发性肝癌可由肝细胞、胆管细胞恶变而来，我国以肝细胞型多见

从外形上看也可有多种形态：大小不等的多个结节散布于肝内的称为结节型；单发且肿块较大的称为巨块型；弥漫型则是癌肿遍布于全肝，类似于肝硬化。

（五）肝癌可直接蔓延至邻近的组织和脏器

癌细胞也可入血播散到门静脉系统或转移至肺、骨、脑，通过淋巴转移可引起锁骨上淋巴结肿大，癌细胞从肝脏表面脱落至胸腔、腹腔、盆腔而发生种植性转移。

（六）肝癌由于缺乏早期特异性表现而被忽视，病人发现时往往已属晚期

晚期可有明显症状：半数以上病人可出现肝区隐痛、刺痛或胀痛，呈持续性。同时，肝脏呈进行性肿大、质硬，可触及结节或肿块。此外还伴有食欲减退、恶心呕吐等非典型的消化道症状。晚期由于毒素吸收可引起抗生素治疗无效的持续性低热以及长期消耗所造成的恶病质状态，病人极度消瘦伴有贫血、黄疸、腹水等。肝脏代谢功能受损、血氨上升引起肝性脑病，癌栓阻塞门静脉系统造成门静脉高压可导致上消化道出血，癌肿破裂出血坏死可以引起继发性感染。

（七）恶性肿瘤贵在早期发现早期治疗，早期发现原发性肝癌的检查手段包括肝癌血清标志物测定和影像学检查

AFP，即癌胚抗原，属肝癌血清标志物，如 AFP 呈持续阳性并排除妊娠、生殖腺胚胎性肿瘤等高度怀疑肝细胞癌。此项检查对于发现无症状的早期病人有重要作用。此外 B 型超声波检查、CT、核磁共振检查对于直径小于 2 厘米的小肝癌诊断正确率可达 90%。活组织涂片镜检虽具有确诊的意义，但须在 B 超的引导下用细针进行肝穿刺，有出血可使肿瘤破裂的危险。

（八）肝癌的治疗是以手术为主的综合疗法，肝切除术的术式很多，应根据病人的全身情况、肿瘤大小部位和肝脏功能而采取不同的术式

肝切除术适用于全身状况良好、肝功能代偿作用良好且癌

肿局限于半肝以内而无严重肝硬化、肝门未被侵犯的情况。有明显黄疸、腹水、远处转移及全身衰竭等症状的患者禁忌手术。对于不能切除的肝癌可采取肝动脉结扎或肝动脉栓塞，切断癌细胞的血液供应可使肿瘤缩小。另外，肝移植也是原发性肝癌的治疗手段之一，但因肝源紧张、排斥反应及高额费用等因素而不能广泛应用。此外，放疗、化疗、免疫治疗、中医中药治疗作为辅助疗法有助于使癌肿局限、巩固手术效果。其中，肝动脉插管化疗是将化疗药物直接注入肝动脉直达癌灶杀灭癌细胞，亦可将肝动脉插管与微型注射泵连接作持续性化疗药物微量灌注。

【护理知识】

（一）调整心理

人们面对肝癌的诊断，不可避免地会出现恐惧和悲观，要在心理上给病人以支持和安慰向病人讲解疾病的治疗方面的知识，以帮助其正视现实、积极配合治疗。还要鼓励和支持家属使其尽快摆脱精神痛苦，为病人建立强大的家庭支持系统，有助于病人情绪的稳定。

（二）手术后一般不鼓励病人早期活动，以防肝断面出血

术后 48 小时可采取半卧位，以降低切口张力、缓解疼痛。胃肠功能恢复正常后给予高蛋白、高热量、高维生素、高膳食纤维的饮食，并注重食物的色、香、味，以增强病人食欲。经口不能满足营养需求的可经胃肠外营养支持，必要时补充白蛋白。保持引流管通畅，每日更换引流瓶，严格无菌操作防止感染，密切观察并准确记录引流液的颜色、性状和量，一旦发现引流瓶中持续有血性液体流入，立即采取措施止血。

（三）肝癌常见并发症

癌肿破裂出血、上消化道出血和肝性脑病。癌肿破裂出血较为常见，可在腹内压骤增如咳嗽、打喷嚏、用力排便时诱发，应及时抢救。上消化道出血常见于肝癌伴肝硬化者，进食刺激和粗糙食物时可诱发，应及时输血、给予止血药，需要时手术止血。肝性脑病见于肝功能损害严重者，病人可出现性格变化，应使用降低血氨的药物，限制蛋白质摄入，减少血氨的生成。

（四）肝叶切除术后的并发症有胆汁性腹膜炎、出血、肝性脑病和低蛋白血症

胆汁性腹膜炎是由于缝合线松动、肝断面愈合不良所造成的。常发生于术后一周左右。出血的主要原因是术中止血不善以及由于肝脏损害造成的凝血功能障碍，多发生在术后三日内。肝性脑病也是由于肝功能损害造成血氨上升而引起的。低蛋白血症同样是由于肝脏合成白蛋白功能下降造成的，应适当给予静脉补充白蛋白。

（五）病人出院后不要盲目进行大量活动，应视体力情况适当活动

饮食上以高维生素、高纤维素、清淡易消化食物为宜，出现腹水者要限制食盐的摄入量并严格控制水的出入量。保持大便通畅，多食蔬菜、水果、五谷杂粮，一旦发生便秘可适当服用缓泻剂，禁用肥皂水灌肠以免增加血氨吸收。嘱病人定期复查，出现异常及时就诊。

十二、胆道感染和胆石症

【疾病知识】

（一）胆的常识

胆汁是人体重要的消化液，它的分泌、贮存、浓缩和输送是在胆道系统中完成的。人体胆道系统分为肝内和肝外两部分。在肝内是由各级胆管逐级汇集而成的，最小的单位是毛细胆管，以后依次为小叶间胆管、肝段胆管、肝叶胆管和肝内左右肝管，在肝外左右肝管移行一段后汇合为肝总管。肝外另一个重要的胆道系统器官是胆囊，它位于肝脏下方的胆囊窝内，外观似倒置的梨形，中间部位有一狭窄的颈，胆囊结石容易被卡在此颈而不易排出，胆囊内容物自胆囊管流出，胆囊管与肝总管汇合为胆总管，胆总管开口于十二指肠乳头部位。在胆总管下端与十二指肠交汇的部位有奥迪氏括约肌，它的紧张和收缩可以控制胆汁排放的多少和速度。每天人体自肝细胞和胆管分泌的胆汁约有 800～1200ml，胆汁沿着各级胆管向下运行。胆囊可以将胆汁浓缩 5—10 倍并储存起来，当进食后，食糜刺激肠粘膜引起一种名为缩胆囊素的激素释放，引起胆囊收缩排出胆汁，同时奥迪氏括约肌松弛而使胆汁排放入十二指肠参与食物的消化吸收。

（二）胆汁中的主要成分是水，约占 97%，其余成分有胆汁酸、胆色素、胆盐等

胆汁的作用主要是乳化脂肪，使之能溶于水而被肠黏膜所吸收，并能促进维生素 A、D、E、K 的吸收。

（三）胆道系统最常见的疾病是胆道感染和胆石症

胆道感染是指发生在胆管和胆囊的细菌感染，分别称为胆囊炎和胆管炎；胆石症则是指发生在这些部位的结石，分别称为胆囊结石和胆管结石。感染和结石往往同时发生，互为因果。胆道感染往往由于胆汁流动变慢、滞留而引起细菌大量滋生，胆汁滞留又常常源自胆道结石的阻挡，同时胆道感染细菌所产生的酶类可导致溶解状态的胆红素游离出来与

钙结合成为结石，此种结石由于其主要成分是胆红素，故称为胆红素性结石。由此可见胆道感染和结石是互为因果的，感染可由结石阻碍胆汁正常流动而引起，同时感染又可促进胆红素性结石的生成。除了胆道感染可引发结石以外，胆汁的代谢异常也可导致胆汁中胆固醇成分析出形成胆固醇性结石。

（四）不同成分的结石有着不同的性状和颜色

胆固醇性结石常发生在胆囊，外观呈圆形或椭圆形，颜色浅，为黄色或灰黄色，质地坚硬，剖开后可见截面上呈现放射状条纹。胆红素性结石多发于胆管，外观为粒状或长条状，由于含色素较多而颜色偏深，为黑色或棕褐色，质地松软易碎，甚至呈泥沙样，剖面为层状。混合性结石则兼具胆固醇性和胆色素性结石的特点，视哪种成分较多而定。

（五）胆囊结石常与急性胆囊炎并存，好发于女性

胆囊黏膜在炎症刺激和结石的梗阻下可充血水肿，严重者化脓坏死，甚至发生胆囊穿孔而引起胆汁性腹膜炎。单纯性的胆囊结石，无梗阻和感染时一般无明显症状，B 超可发现结石影像。当结石嵌顿并发感染时，病人往往会出现明显的症状和体征：右下腹剧烈绞痛，并向右肩胛和背部放射，这种剧痛常常在进食油腻食物后发生，同时伴有恶心、呕吐等消化道症状。查体时有一典型体征——墨菲氏征阳性：检查者将左手放于病人右锁骨中线与右肋缘交点处，嘱病人缓慢深吸气，则下压的拇指可触及肿大的胆囊，病人因疼痛而突然屏气。病人可有不同程度的发热，做血液检查可发现白细胞计数上升、中性粒细胞比例增高，B 超检查显示肿大的胆囊和增厚的囊壁，亦可见到结石影像。急性胆囊炎反复发作可演变为慢性胆囊炎，胆囊由于组织增生而囊壁增厚失去弹性，浓缩胆汁的功能降低

甚至丧失，症状不典型，B超可协助诊断。

急性胆囊炎和胆囊结石症状较轻时可先不手术，给予禁食、胃肠减压、止痛、抗感染等治疗措施，症状严重或非手术疗法无效要实行胆囊切除术，一般在切除胆囊前要先进行胆总管探查，彻底检查并取出胆管内的残留结石，探查术后要留置“T”形引流管。慢性胆囊炎一般采取非手术治疗，急性发作时可实行胆囊切除术。近年来一种新型的手术方法逐渐兴起，就是腹腔镜胆囊切除术，操作者在病人腹部戳几个孔，分别插入手术器械和摄像装置，在体外电视屏幕的监视下操纵手术器械进行胆囊的切除，这种方法不用开腹，创口小、病人痛苦少、住院时间短，正越来越多地被广大患者所接受。

（六）胆管结石和急性胆管炎也可由胆囊感染和结石引起

胆管壁充血、水肿、化脓，甚至糜烂、坏死，并可导致肝细胞损害。结石尚未阻塞胆管时仅有不典型的消化道症状，如食欲不振、上腹不适、嗳气等，一般不易引起注意。当结石阻塞胆管并继发感染时出现典型的症状，即夏柯氏三联征：腹痛、寒战高热、黄疸。腹痛是突发的右上腹部刀割样绞痛，并向右后肩背部放射，伴恶心呕吐。腹痛后出现寒战高热，体温可达39～40℃，血液化验白细胞计数升高、中性粒细胞比例上升。由于结石的阻塞，胆红素逆流入血病人出现黄疸，血清胆红素、尿胆红素水平均升高。B超可显示结石影像。重症的胆管炎又称急性梗阻性化脓性胆管炎，起病急、发展快、病情凶险，临床表现除夏柯氏三联征外，还包括血压降低、中枢神经系统抑制，需要紧急手术以抢救病人生命。

胆管结石和急性胆管炎的治疗是以手术疗法为主，包括胆总管探查、切开取石和T形管引流，如同时存在胆囊结石还要做胆囊切除术。

（七）还有一项胆道系统常见的检查手段需要单独说明，即胆道造影术

通过口服或静脉输入将一定剂量的造影剂（碘番酸、胆影葡胺）注入病人体内，造影剂随血液循环进入肝脏，随着胆汁的分泌进入胆道即可使胆道系统在 X 光片上显影。通过观察影像了解胆道及胆囊的形态和功能以及胆石的位置、数量和大小。

【护理知识】

（一）胆道疾病最显著的症状是疼痛

要为病人创造良好的休息环境，协助病人采取舒适的体位，倾听病人的诉说，给病人以心理安慰，必要时给予镇痛药物。

（二）安排好病人的饮食

给予高蛋白、高碳水化合物、高维生素、低脂、清淡易消化的饮食，进食不足可进行静脉补液。

（三）手术前进行肠道准备

术前 3 日给予抗生素预防和控制肠道感染，术前 1 日晚行清洁灌肠，以彻底洗净肠道。

（四）术后的护理重点是 T 形引流管的护理

T 形引流管外观似英文大写字母“T”，胆总管探查术后将横管置入胆总管创口，一端指向肝管，另一端指向十二指肠入口处，长管从腹壁戳创引出，外接引流袋。它的主要作用是引流胆汁，为胆总管愈合创造条件，还可防止胆汁渗漏至腹腔引起胆汁性腹膜炎，此外，手术后残留的泥沙样结石也可经此引出。临床上把 T 形管看作是胆道手术后病人的生命管，正是因为一旦管道脱出，胆汁流入腹腔可造成弥漫性腹膜炎，威

胁到病人的生命。因此要妥善固定引流管防止其脱出，病人在床上活动时要小心，不要压迫或使管道折曲，下床活动要防止引流管受到牵拉以至脱出体外。为保持有效的引流，平卧时要使引流管低于腹部戳口，活动时也要注意不能将管道抬高，以防胆汁逆流回胆管造成感染。如果引流管发生阻塞，可抽吸阻塞物并用生理盐水冲洗管道。

术后引流出的胆汁颜色较浅且混浊，24 小时内引流量约为 300～500 毫升，恢复饮食后可增至 600～700 毫升，以后又逐渐降至 200 毫升左右，颜色也逐渐变深且清亮无残渣。每日酒精消毒引流管周围皮肤，每周更换无菌引流袋，操作时要严格遵守无菌操作原则，在管周皮肤垫上无菌纱布，以保护皮肤免受胆汁的腐蚀。

带管出院的病人要注意洗澡时不要沾湿引流管处皮肤，以防感染。不要从事重体力劳动以防牵拉使引流管脱出。引流口每日换药 1 次，并在引流管周围皮肤上涂氧化锌软膏以保护皮肤。密切观察引流液的颜色、性状和量，如有异常立即就医。

T 形引流管的拔除需要一个过程。首先观察引流液的量减少至 200 毫升左右，颜色加深、清亮，病人无腹痛、体温正常、无黄疸，即可夹闭管道，病人无不适的情况下，作胆管造影：从引流管打入造影剂，X 光片提示胆总管通畅后再引流 2—3 天，待造影剂完全排出后即可拔管，以凡士林纱条填塞残留窦道，1—2 日内可自行闭合。

（五）要防止术后并发症的发生

密切观察血清胆红素浓度和病人皮肤、巩膜颜色，如发生黄疸可给予肌肉注射维生素 K_1；引流管中出现大量鲜血提示术后出血，应及时给予止血药和补血，必要时回手术室止血。

（六）病人应选择低脂、高糖、高蛋白、高维生素且易消化的饮食，忌油腻食物和暴饮暴食，养成良好有规律的生活方式

十三、胰腺疾病

【疾病知识】

（一）胰腺

胰腺是人体重要的分泌器官之一，位于十二指肠空肠曲的后方，正常成人的胰腺长约15～20厘米，分头、颈、体、尾四部分。腺体的流出道是胰管，有主胰管和副胰管之分。主胰管与胆总管共同开口于十二指肠乳头，副胰管较主胰管细，在主胰管的上方单独开口于十二指肠。

（二）胰腺有内分泌和外分泌功能

外分泌的产物是胰液，胰液中含有各种营养物质的消化酶，如脂肪酶、胰淀粉酶、胰蛋白酶、糜蛋白酶等，可将脂肪、碳水化合物及蛋白质分解便于肠道吸收利用。内分泌功能主要借助胰岛细胞实现，如B细胞分泌胰岛素，有降低血糖的作用；A细胞分泌胰高血糖素，可使血糖增高；D细胞分泌生长抑素，有限制细胞生长的作用。

（三）胰腺疾病主要包括胰腺炎和胰腺癌两部分

1. 胰腺炎。胰腺炎分为急性和慢性，后者可由前者迁延所致，本文着重介绍急性胰腺炎。

（1）急性胰腺炎是常见的外科急腹症之一，简单说来，实际上是胰液中的消化酶对自身组织器官的消化过程，因此本病发病急、重、险。急性胰腺炎分为单纯性和出血坏死性两种。

前者轻于后者，前者胰腺组织发生充血、水肿，而后者是胰腺细胞大量破坏，同时随着胰酶吸收入血引起全身多器官组织破坏功能受损，故又称为重症胰腺炎。

（2）急性胰腺炎的病因很多，其中起着较为重要的作用的因素是胆道疾病，正如前面所说，主胰管和胆总管共同开口于十二指肠，这就构成了胆道疾病和胰腺疾病相互关联的解剖基础。胆道疾病引起胆总管下端梗阻，胆汁逆流入胰管使胰酶活化；还会造成胰管内压力过高而致腺泡破裂、胰液外溢。另外，过量饮酒和暴饮暴食也是发病因素之一，酒精可以刺激胰液分泌，还可直接毒害胰腺。食入过量高蛋白、高脂肪的食物也可刺激胰液过量分泌。

（3）腹痛是急性胰腺炎的主要症状，为突发的持续性刀割样剧痛，疼痛部位在上腹正中或偏左，并向腰背部放射，过量饮酒和暴饮暴食可诱发腹痛，同时伴有恶心呕吐，晚期引起肠麻痹，出现明显腹胀。胰液外渗引起弥漫性腹膜炎出现明显的腹膜刺激症状。外溢的胰液沿组织间隙到达皮下，溶解皮下脂肪而使毛细血管破裂出血。继发感染者可出现高热寒颤，甚至中毒性休克。胰岛细胞被破坏还可使血糖升高。

（4）诊断胰腺炎常用的检查方法是淀粉酶测定，包括血清淀粉酶和尿淀粉酶测定，这是因为胰液外溢入血所致。发病初期血清淀粉酶升高早于尿淀粉酶，但持续时间不如尿淀粉酶长。影像学检查尤其是腹部 CT 检查可以清楚地观察到胰腺水肿的程度、有无坏死及部位以及胰周侵犯的范围。

（5）急性单纯性胰腺炎首先考虑非手术治疗，急性出血坏死性胰腺炎则须立即手术。非手术疗法包括禁食、胃肠减压以阻止胰液分泌、缓解腹胀；静脉补液纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱；给予胃肠外营养支持，满足病人能量需求；给予镇静

止痛药如杜冷丁，但禁用吗啡，因吗啡可引起奥迪氏括约肌痉挛收缩而加重疼痛；给予合适的抗生素以控制感染；预防和抢救其他脏器的功能衰竭。手术治疗包括清除胰腺和胰周坏死组织及渗液，处理胆道病变，留置冲洗引流管以排净渗液和坏死组织。

2. 胰腺癌。

（1）胰腺癌是消化系统常见的恶性肿瘤，男性发病率高于女性，胰头癌占胰腺癌的2/3，预后差，5年生存率低。病因尚不清楚，流行病学研究显示吸烟和高蛋白高脂肪饮食是胰腺癌主要危险因素。

（2）胰腺癌可经淋巴转移至周围的组织和脏器，如肝、胃、十二指肠等，也可直接浸润这些部位。晚期可经淋巴途径转移至锁骨上淋巴结，部分可经血行转移至肝、肺、骨、脑等处，也可进行腹腔种植。

（3）胰腺癌最常见的症状是腹痛，早期为持续的进行性加重的上腹部胀痛并向后腰放射。晚期由于癌细胞侵犯神经导致剧烈疼痛。胰头癌阻塞胆总管和主胰管的共同开口，病人出现黄疸，癌肿消耗和进食减少以及吸收障碍使病人在短时期内出现体重减轻、疲乏无力，晚期可出现恶病质状态。

（4）胰腺癌早期诊断困难，辅助检查可协助诊断。影像学检查如B超、CT等可判断肿瘤的部位、大小、周围组织的侵犯情况，还可在腹腔镜下用细针穿刺肿瘤部位进行细胞涂片，在显微镜下判断肿瘤的性质。

（5）治疗上以手术为主辅以放疗或化疗。较常用的手术方式是Whipple胰头十二指肠切除术，切除范围包括胰头、远端1/2的胃、十二指肠、下段胆总管及远端10～15厘米的空肠，同时作淋巴结清扫，并将胰、胆管和胃与空肠吻合，重建消化

道。另外，还可根据肿瘤的部位及侵犯范围选择作半胰或全胰切除术，同时行淋巴结清扫及周围组织的扩大切除。对于不能手术的病人实行姑息性手术以解除梗阻、减轻疼痛。在手术的基础上辅以放疗和化疗，可起到协同治疗的作用。

【护理知识】

（一）急性胰腺炎的护理

1. 禁食，胃肠减压，给予解痉止痛药如阿托品、杜冷丁等，协助病人改变体位，向病人提供心理安慰，减轻其焦虑和恐惧。

2. 防治休克，准确记录液体的出入量，静脉补充液体和电解质。注意保暖。进行心电监护，密切监测循环和呼吸状况，一旦发生血压下降、脉搏细弱、烦躁不安，立即抢救。给予氧气吸入，一旦出现呼吸困难和缺氧症状，应立即进行气管插管或气管切开。

3. 急性胰腺炎术后留置的引流管很多，包括胃管、腹腔引流管、T形管、导尿管等，应严格区分以免搞混。防止引流管扭曲受压，定期更换引流袋，观察记录引流液的颜色、性状和量。

4. 警惕各种术后并发症的发生，出现急性肾衰应给予利尿剂或血液透析；术后出血给予止血药并急诊手术止血；出现腹腔脓肿应给予有效的抗生素并引流脓液。

5. 向病人及家属进行健康宣教，讲解胰腺炎的病因和诱发因素，使病人认识到积极治疗胆道系统疾病的必要性，自觉采取健康的生活方式，忌酒、不暴饮暴食、低脂肪饮食。出院后4—6周避免重体力劳动和情绪激动，出现腹痛及时就诊。

（二）胰腺癌的护理

1. 胰腺癌由于众所周知的病情重、预后差，病人往往在得知诊断之后出现巨大的情绪波动，妨碍了治疗和恢复，应该同情、理解病人，向病人讲解疾病、检查和手术的相关知识，使之尽快摆脱悲哀情绪。在对病人进行心理支持的同时，还要注意与家属沟通，因为家属不仅面对亲人重病的事实，还有经济上的巨大压力以及个人生活、工作的改变，稳定好家属的情绪，才能为病人提供更好的照顾。

2. 手术前后的一般护理包括营养支持、血糖控制、防治感染、引流管的护理，与急性胰腺炎的护理大体相同。

十四、大肠、肛管疾病

【疾病知识】

（一）大肠是指结肠和直肠，结肠包括盲肠、升结肠、横结肠和乙状结肠，下接直肠

正常成人的结肠总长约 150 厘米。结肠的肠壁由黏膜层、黏膜下层、基层和浆膜层构成。结肠的主要生理功能是吸收水分，储存和运转粪便，吸收功能主要在右侧结肠，结肠还能分泌碱性的粘液以润滑黏膜，结肠内的细菌可以协助合成维生素 K、B 等。直肠上接乙状结肠，下连肛管，长约 12～15 厘米。上部直肠与结肠大小相似，下部扩大成直肠壶腹，是粪便暂存的部位，直肠的括约肌有协助排便的功能。直肠与肛管之间的交界线称为齿状线。肛管上接直肠，下至肛门缘，长约 3～4 厘米，肛管的括约肌具有收缩肛门的功能，一旦切断可引起肛门失禁。在直肠和肛周间隙中充满结缔组织和脂肪，容易发生

感染并使感染蔓延而成为肛周脓肿。

（二）直肠肛管周围脓肿是最为常见的良性疾病之一，是指发生在直肠肛管周围软组织及其间隙的急性化脓性感染，青壮年多见

病因多为粪便擦伤肛管组织，细菌进入了肛管腺体的开口，在直肠肛管周围间隙疏松的脂肪结缔组织蔓延开来而形成。在各部位的脓肿中以肛门周围脓肿最为常见，病人自觉肛周有持续性跳痛，局部红肿，触之有波动感。处理方法是热水坐浴、抗生素控制感染，脓肿成熟后切开引流脓液。

（三）若直肠肛管周围脓肿穿破皮肤或切开引流不净可使脓肿与外界相通，称为肛瘘

肛门周围的外口不断有脓性分泌物流出，刺激肛周皮肤引起疼痛和瘙痒，甚至出现湿疹。直肠指诊在内口处有轻压痛，有时可触及条索样瘘管。自肛门填入白色纱条，在外口注入美蓝溶液，液体可沿瘘管到达内口并使纱条染色，观察纱条的染色部位可判断内口的位置。肛瘘的治疗以手术为主，可切开瘘管，将脓液彻底引流，或将瘘管及周围不健康的组织全部切除。挂线疗法不必作肛周切口，它是将浸有腐蚀作用的药线自外口穿入，经过瘘管和内口从肛门引出，药线腐蚀瘘管使之切开，此法可防止术后肛门失禁。

（四）长期便秘、粪便干硬造成排便时肛管皮肤裂伤后形成经久不愈的溃疡称为肛裂，其典型表现是疼痛、便秘和出血

肛管皮肤裂伤会引起剧烈疼痛可持续数小时；肛裂多由便秘而引起，形成肛裂后病人因疼痛而惧怕排便反而加重便秘；肛裂后便纸上可见少量鲜血。因此解决便秘是治疗肛裂的关键所在，可适当服用缓泻剂，如石蜡油、番泻叶等，必要时肥皂水灌肠。要多饮水、多活动、饮食多样化，杂食五谷蔬菜，限制辛辣食

物。养成良好的排便习惯，有便就排。冷开水和牛奶是通便的良药，要适当服用。肛裂的疼痛往往给病人带来很大痛苦和精神压力，也是导致便秘顽固不愈的一个原因，可进行温水坐浴，将肛门会阴臀部完全浸于 43℃～46℃的温水或中药熏洗液中，一次半小时，一天两次。温水坐浴可有效地缓解括约肌痉挛、改善局部血液循环、提升病人的舒适度。经久不愈的陈旧性肛瘘，可采用手术切除的方法，切除肛裂缘及周围不健康的组织。

俗话说："十人九痔"。可见痔是人群中的常见病，到底痔是什么？痔是直肠下端黏膜下和肛管皮肤下的静脉丛淤血、扩张、屈曲所形成的静脉团，也就是说痔实际上是血管组织。其病因尚未明了，但总的说来是与久坐、久立、缺乏活动以及长期便秘密切相关的。按照发生的位置，我们将痔分为内痔、外痔和混合痔三种。以齿状线为界，其上的为内痔，其下的为外痔，混合痔范围较广。便血是痔的常见症状，尤其是内痔和混合痔出现较多，表现为便后无痛性出血，是由于粪便摩擦痔块而使血管破裂造成的，因此出血量较多，甚至成喷射状，长期便血会造成不同程度的贫血。内痔和混合痔在排便时可脱出肛门，外观呈红色或暗红色硬结，可自行回纳或在手的辅助下回纳。单纯的痔无疼痛，但当黏膜下有血栓形成时会出现剧烈疼痛。痔块脱出常分泌粘液，刺激肛周皮肤引起瘙痒和湿疹。一般不需手术，可通过防治便秘、温水坐浴、涂抹止痛消炎药而使疼痛缓解。将硬化剂注射入痔块，可使静脉闭塞、痔块萎缩。出血及疼痛严重的痔可行痔结扎术和痔切除术。

（五）发生在大肠的恶性肿瘤是结肠癌和直肠癌，它们都是消化道常见的恶性肿瘤

结肠癌病因尚未完全清楚，主要的相关因素是家族性结肠息肉病，据调查，患此病的人发生结肠癌的机会是正常人的 5

倍，故提倡尽早切除结肠息肉。慢性结肠炎的癌变率也很高，属癌前病变。结肠良性腺瘤也可在数年后发生癌变。不良的饮食习惯，如高蛋白、高脂肪、低纤维素的饮食，可使肠道中的致癌物增加，诱发癌变。

结肠癌的好发部位是乙状结肠，容易发生淋巴转移，也可经直接蔓延、血行转移等途径侵犯邻近器官或远处组织。

结肠癌因缺乏典型的早期症状而不易被发现，排便习惯改变是较早的症状之一，表现为腹泻与便秘交替，便中带血、脓或粘液。晚期病人可由于癌肿阻塞而引起机械性肠梗阻，出现腹痛、呕吐、腹胀、停止排气排便等肠梗阻症状。根据肿瘤所在位置的不同，其表现亦有所差异：右半结肠肠腔宽大、吸收作用强，故此处发生肿瘤表现为稀便，出血与大便相混合，肠梗阻出现较少；左半结肠肠腔窄、吸收作用弱，故此处肿瘤的表现为成形粪便，血液在粪便表面，肠梗阻多见、排便困难。

早期结肠癌即有少量出血，但不易被察觉，以致贻误诊断。大便潜血试验是在显微镜下观察便中有无血细胞的检查方法，简单易行，可作为有效的人群普查手段。内镜的应用可直视病灶的外观，还能取活组织进行病理学检查以确定病变性质，是结肠癌最可靠有效的诊断方法。

治疗上与其他恶性肿瘤一样，采取以手术为主的综合治疗。结肠癌根治术的切除范围很广，不同部位的结肠癌切除范围有很大差异，但原则上都包括癌肿所在的肠段及其系膜和区域淋巴结清扫。化疗配合根治术可提高 5 年生存率，同时使用中药调节血气，可提高手术和化疗的疗效。

（六）直肠癌较结肠癌在我国的发病率为高

相关因素中高脂、低纤维素饮食占重要地位，致病机制是

高脂饮食使肠道中生成的致癌物质增加，而低纤维素食物使粪便在肠道中存留时间延长，增加了致癌物作用于肠道的机会。另外直肠慢性炎症和良性腺瘤都有可能发生癌变，直肠癌还有一定的家族聚集性，表明遗传因素也是相关因素之一。

直肠癌的好发部位是直肠壶腹部，容易发生淋巴转移，也可经直接蔓延、血行转移等途径侵犯邻近器官或远处组织。

与结肠癌类似的是，直肠癌的早期表现也是排便习惯的改变，不同之处是直肠癌病人的便意频繁并有里急后重，即便后仍有排便不尽感。便血是直肠癌病人最常见的症状，晚期癌肿侵犯骶前神经可引起剧烈疼痛。

大便潜血试验有利于早期诊断，直肠指检是诊断直肠癌的主要方法，是将食指自肛门伸入直肠，通过触诊判断肿块的部位、大小、与周围组织的关系等情况。直肠镜这种内镜检查手段是诊断直肠癌最为有效和可靠的方法。

治疗上同样应该争取根治术的机会，直肠癌根治术切除范围包括癌肿、足够的两端肠段、已侵犯器官的部分或全部、周围可能被浸润的组织及全部直肠系膜和淋巴结。其中最常见的术式是经腹会阴联合直肠癌根治术。手术切除范围包括：乙状结肠下部及其系膜和直肠全部、肛管与肛周 5 厘米直径的皮肤、坐骨直肠窝组织等。乙状结肠近端在左下腹作永久性人工肛门。

【护理知识】

（一）大肠、肛管的良性疾病，如肛周脓肿、肛裂、肛瘘和痔在护理上大体相同

首先，要通过各种途径使大便保持通畅，还可进行热水坐浴，可使用 1∶5000 的高锰酸钾溶液，但要注意坐浴盆要大而深，且保持清洁，若肛门处有伤口，要先消毒坐浴盆后方可使

用。为了防止粪便污染，在手术前要尽量使肠道排空，要进行清洁灌肠，且口服肠道抑菌剂预防感染。术后病人由于局部疼痛且伤口部位接近尿道口，有可能造成尿潴留，可让病人听流水声、按摩下腹部来诱导排尿或通过针刺足三里、安置导尿管来解决尿潴留。术后为使伤口在没有粪便污染的条件下愈合，48小时内要控制排便，可服用阿片酊以减少肠蠕动，术后3日方可排便，一旦出现便秘要及时给予缓泻剂，但禁止灌肠以免污染伤口和使伤口裂开。伤口在愈合过程中有可能造成肛门狭窄，要在术后1周左右用食指伸入肛门进行扩肛，同时作肛门收缩运动。

（二）大肠癌的护理首先要从理解病人的心情入手

本病的位置导致检查和治疗上有可能使病人感到难堪，要鼓励病人放下心理包袱，一切以疾病的诊治为重；对于手术后留下永久人工肛门的病人，更要提供安慰，绝不能用另类的眼光看待病人，鼓励病人树立起战胜疾病、正常工作、生活、社交的信心。

除了普通外科手术的一般护理，如饮食、引流管、伤口护理之外，有人工肛门的病人要特别注意对结肠造口的护理。结肠造口是指结肠在腹壁开口，粪便改道不再经肛门排出而是经此造口排出，因此又称人工肛门。进行结肠造瘘的病人在心理上要经过一个慢慢适应的过程，病人要学会如何使用和更换造瘘袋。

十五、下肢静脉曲张

【疾病知识】

（一）下肢静脉曲张指的是下肢静脉伸长、迂曲，呈曲张

状态

引起本病的主要原因有先天性和后天性两种。前者指先天性静脉瓣膜缺陷和静脉壁薄弱。后者指所有加强静脉内血柱重力的因素，如长期站立、重体力劳动、怀孕、长期慢性咳嗽、习惯性便秘等，均可使静脉瓣膜长期承受过重压力，最终导致正常关闭功能遭到破坏。

（二）下肢静脉压力的增高会导致浅静脉扩张

毛细血管壁通透性增加，血液中大分子物质渗出、积聚，最终导致皮肤和皮下组织水肿、纤维化，皮肤萎缩、坏死，直至形成溃疡。

（三）下肢静脉曲张表现为浅静脉曲张、蜿蜒、迂曲扩张

疾病早期只是在长时间站立后感到小腿肿胀不适，后期可出现踝部轻度肿胀、足踝部皮肤营养不良等表现，如皮肤萎缩、脱屑、瘙痒、色素沉着，皮肤和皮下硬结、湿疹甚至溃疡形成。

（四）治疗方法

1. 非手术治疗。适用于较轻的局限性病变、孕妇和不能耐受手术者。患肢应穿弹力袜或用弹性绷带，还应避免久站、久坐，要间歇地抬高患肢。

2. 注射硬化剂。向曲张的浅静脉内注射硬化剂，使静脉内血栓形成，并发生纤维性闭塞。这种方法既可单独用于小的局限病变，也可作为手术的辅助疗法。

3. 手术治疗。这是最根本的治疗方法，可以采取结扎或剥脱静脉的方法。

4. 并发症治疗。血栓性浅静脉炎可进行局部热敷和手术治疗；湿疹和溃疡可先采取湿敷创面、抬高患肢和局部换药等方法，再行手术治疗；曲张静脉破裂出血可行抬高患肢、局部

加压包扎、缝扎止血等方法，以后再行手术治疗。

（五）病人可进行以下检查

1. 特殊检查包括大隐静脉瓣膜功能试验、深静脉通畅试验和交通静脉瓣膜功能试验。

2. 影像学检查。包括下肢静脉造影术和无创性血管检查，后者指超声多普勒血流仪和显像仪检查。通过检查能够了解静脉是否通畅、静脉形态变化、瓣膜位置和形态改变以及瓣膜功能情况。

【护理知识】

（一）要多体贴、关心病人

（二）保持个人卫生

保证老年人不受细菌、病毒的侵袭，保持整洁，维持其尊严。包括皮肤、口腔、须发、指甲、肛门和外生殖器的清洁护理工作。如每日洗脸 2—3 次，每周洗澡 1—2 次。保持会阴部清洁卫生，每次大便后温水清洗一次。

（三）饮食要做到色香味俱全，易消化，少食多餐

注意饮食卫生，不吃变质和不干净的食物，少吃生、冷、硬和辛辣刺激性食物。多吃五谷杂粮，少吃精细甜食，多清淡，做到营养全面，热量平衡。

（四）术后卧床休息时，应抬高患肢 30 度，并做足背部伸屈运动，以促进下肢静脉回流

鼓励病人下床活动，避免下肢深静脉血栓形成。病人应继续应用弹性绷带或弹力袜 1—3 个月。平时要注意保持良好的姿势，避免长时间站立，坐下时双膝勿交叉过久，休息时抬高患肢。避免用过紧的腰带、吊袜和紧身衣物。还要进行适当的体育锻炼，以增强血管壁的弹性，并避免肥胖。有小腿慢性溃

疡的病人，应继续换药，并使用弹性绷带护腿。

（五）习惯性便秘是老年人常见的病症

平时注意多吃富含纤维素的食品（蔬菜、水果、粗粮和白薯等），多喝水，适量进食蜂蜜，保持大便通畅，防止便秘的发生，必要时可使用甘油栓、开塞露等药物。

十六、深静脉血栓形成

【疾病知识】

（一）深静脉血栓形成是指在深静脉内血液不正常地凝结、堵塞管腔，造成静脉回流障碍

发病部位可以在全身，尤其容易发生在下肢静脉。本病若未积极采取治疗措施，将会导致不同程度的慢性深静脉功能不全，甚至致残。深静脉血栓形成的三个主要因素包括静脉壁损伤、血流速度缓慢和血液处于高凝固状态。手术后病人和制动病人比较多发。

（二）静脉壁损伤、血流缓慢和血液高凝状态三者共同作用，导致深静脉血栓形成，手术后和制动的病人容易发生

血栓形成后可以向主干静脉滋长蔓延，之后可以溶解消散，也可以和静脉壁粘连机化，最终形成管径粗细不一的再通静脉。

（三）其主要表现为相关静脉回流障碍的一系列症状

1. 上肢深静脉血栓形成主要症状是前臂和手部疼痛、肿胀，手指活动受限，特别是当上肢下垂时更为严重。若是腋——锁骨下静脉汇合处发生的血栓，可导致整个上肢肿胀，以及上臂、肩部、锁骨上和患侧前胸壁等处的浅静脉扩张。

2. 下肢深静脉血栓形成分为三类：（1）中央型：血栓多发生于左侧髂股静脉，起病急，患侧髂窝和股三角区疼痛、触痛，浅静脉扩张，下肢明显肿胀，皮肤温度和体温均有所升高。（2）周围型：一种情况是股静脉血栓形成，表现为大腿肿痛，下肢肿胀不重；另一种情况是小腿深静脉血栓形成，表现为突发的小腿剧痛，患侧足部不能着地踏平，尤其行走时症状加重，小腿肿胀，有深压痛，踝关节过度背曲试验时小腿有剧痛。（3）混合型：又称下肢深静脉血栓形成，表现为整个下肢普遍性肿胀、剧痛、苍白、压痛，体温升高，脉搏加快，临床上称之为“股白肿”，任何活动均可加重疼痛；若病变继续发展，肢体肿胀可压迫下肢动脉，导致血供障碍，出现足背和胫后动脉搏动消失，小腿和足背出现水疱，皮肤温度降低明显，呈青紫色，临床上称之为“股青肿”，若不积极采取治疗措施，可发生肢体坏死。

（四）急性期以消融血栓为主，中晚期以减轻下肢淤血，提高生活质量为主

1. 非手术疗法。（1）一般治疗：病人卧床休息，抬高患侧肢体，应用利尿剂减轻肿胀。症状缓解后进行轻便活动，下床活动时应用弹性绷带或穿弹力袜。（2）溶栓疗法：用于病程不超过 72 小时者，常用链激酶达到溶栓目的，大约维持 7—10 天。（3）抗凝疗法：用于较小范围的血栓，常用药物是肝素和香豆素类抗凝药，时间大约 2 个月。（4）祛聚疗法：常作为辅助疗法，常用药物包括右旋糖酐、阿司匹林等，达到扩充血容量、稀释血液和防止血小板凝聚的目的。

2. 手术治疗。该方法适用于下肢深静脉，尤其是髂股静脉血栓形成不超过 48 小时的病人，也应用于出现股青肿且病程长者。通过手术取栓达到挽救肢体的目的，术后再应用抗凝

和祛聚疗法防止疾病复发。

（五）病人可进行以下检查

1. 多普勒超声检查，判断主干静脉是否有堵塞。

2. 静脉造影术，直接显示下肢静脉形态、有无血栓、血栓形态、位置、范围以及有无侧支循环等情况。

3. 放射性核素检查，向静脉注射放射性核素，测定其被新鲜血栓的摄取量，可提示是否有早期血栓形成。

【护理知识】

（一）对病人的护理事项与下肢静脉曲张的病人护理方法相同

（二）术后应抬高患肢 30 度，鼓励病人尽早活动，以免再次形成血栓

鼓励病人在恢复期加强日常锻炼，逐渐增加活动量，如增加步行的距离，并锻炼下肢的肌肉，促进下肢深静脉再通和侧支循环的建立。告诫病人绝对戒烟，积极参加活动锻炼，达到预防静脉血栓形成的目的。

十七、食管癌

【疾病知识】

（一）食管癌是常见的消化道恶性肿瘤

我国是世界上食管癌高发地区之一，发病率以河南省为最高，北方发病率高于南方。引起食管癌的病因至今尚未明确，有多方面的因素。

1. 化学物质，如长期进食亚硝胺含量较高的食物。

2. 生物因素，如某些真菌的致癌作用。

3. 微量元素缺乏，如钼、铁、锌、硒、氟等。

4. 维生素缺乏，如维生素 A、B_2、C 等。

5. 烟酒、热食、热饮、口腔不洁等因素。

6. 遗传易感因素。

（二）食管癌以胸中段较多见

主要通过淋巴转移，癌细胞通过淋巴管到达与肿瘤部位相应的淋巴结，如中晚期食管癌可能出现锁骨上淋巴结肿大。食管癌还可以直接扩散侵犯邻近器官。食管癌通过血液循环向远处转移发生较晚。

（三）早期食管癌常无明显症状

只是在吞咽粗硬食物时有各种不适感，如哽噎感、胸骨后烧灼样、针刺样或牵拉摩擦样疼痛。食物通过缓慢，可有停滞感或异物感。上述不适感饮水后会缓解甚至消失。以上症状时轻时重，进展缓慢。中晚期食管癌则出现典型症状，即进行性吞咽困难，先是干硬的食物难以下咽，接着是只能吃半流质、流质，最后则滴水难进。病人也逐渐出现消瘦、贫血、无力、脱水及营养不良。癌肿侵犯其他部位还可出现声音嘶哑、大量呕血、食管气管瘘形成、食物返流而致的进食呛咳及肺感染，晚期可出现持续胸痛或背痛，最后表现为严重的恶病质。发生肝转移的病人可出现肝区肿块和腹水。

（四）食管癌的治疗是以手术为主、放疗和化疗等为辅的综合治疗方法

常用的手术方法是食管癌切除后胃、横结肠或空肠代食管术，晚期食管癌可作姑息性手术以减轻症状。

（五）食管癌病人可进行食管吞钡 X 线双重对比造影、脱落细胞学检查、纤维食管镜检查和 CT 检查等

【护理知识】

（一）食管癌手术切除了部分食管，用胃代替来重建消化道，胃贲门的作用消失，胃的容量明显减小，其位置从腹腔改变为胸腔，从横位改变为纵位，则会导致机体消化机能的改变

术后病人应注意：

1. 进食高热量易消化的流质或软饭。少吃多餐，细嚼慢咽。每日进餐5—6次，由稀到干，逐渐增加食量。餐后勿立即平卧，防止呛咳。坚持这种饮食习惯半年至1年，而后可和术前一样恢复一日三餐，进食量也逐渐复原。避免生、冷、硬、刺激性食物和碳酸饮料，避免进食过快、过量和带骨刺的肉类或硬质食物，以免后期吻合口瘘的发生，质硬的药片可碾碎后服用。

2. 食管癌切除术后，可发生胃液返流至食管，而出现返酸和呕吐现象，平卧时加重，因此应嘱病人取半卧位，尤其饭后2小时内勿平卧，睡眠时将枕头垫高。

3. 注意观察进食后的反应，部分病人出现进食后食物停顿感、易饱胀、胃内串气感、腹泻、唾液增多、返酸、胸骨后烧灼样疼痛、呕吐，甚至呕血、进食梗阻和吞咽不畅等症状时，应及时就诊治疗。

4. 食管胃吻合术后病人，可能有胸闷、进食后呼吸困难。应告诉病人是由于胃已被拉入胸腔，肺受压暂时不能适应所致，经少食多餐1—2个月后，多可缓解。

（二）术侧肩关节的运动可预防肩关节强直和失用性萎缩，但应注意掌握活动量，避免疲劳，并保证充分的睡眠

（三）无明显不适症状的病人，应定期随诊

术后早期1—3个月一次，经数次随诊，无明显异常，可

适当延长两次随诊间隔时间，以便医生能及时发现异常情况，积极采取相应的治疗措施。

（四）应积极坚持后续治疗

接受放疗和化疗的病人会出现疲倦、食欲减低、恶心等症状，应充分休息，避免消耗体力，合理调整饮食，以增进食欲，恶心呕吐者遵医嘱进行对症处理。放疗和化疗可导致造血系统受抑制，血白细胞减少，因此易发生感染，应减少会客，注意保持口腔卫生，预防上呼吸道感染的发生。放疗的病人还应特别注意保持照射部位皮肤的清洁，以防止放射线对皮肤的损伤。

（五）要多体贴、关心病人，给予精神安慰，使之增强战胜疾病的信心

做好病人个人卫生方面的护理，保证老年人不受细菌、病毒的侵袭，保持整洁，维持其尊严。

（六）食管癌病人的预防保健措施包括

1. 建立良好的饮食卫生习惯，进餐时细嚼慢咽，不吃过热、过烫的食物，不吃发霉的食品，也不吃富含亚硝胺类的酸菜、腌制、熏制和烤制的食品，戒烟酒。

2. 食用富含热能、易于消化吸收的蛋白质食物，如蘑菇、大豆、木耳、百合、瘦肉、鸡蛋、鱼类等，注意口味清淡。多吃含维生素 A 和 C 的新鲜蔬菜、水果，如萝卜、菜花、豌豆等，多吃动物肝脏。

3. 可进食萝卜、山楂等消导性食品，以助消化、增食欲。

4. 食道癌病人少吃高甜度食品和奶制品，防止引起胃肠道不适，同时忌食难以消化的油炸食品和猪头肉、红肠、烤肉等，少吃或不吃葱、姜、辣椒等刺激性强的食品。

5. 保证足够的食量，少食多餐，多吃海带、海藻等海产

品，既能软坚散结，又能抗癌。

十八、膀胱结石

【疾病知识】

（一）目前膀胱结石的发病趋势在经济发达地区多见于前列腺增生的老年人，这属于继发性膀胱结石

（二）临床表现

1. 典型症状是排尿时尿流突然中断，改变体位后可继续排出。

2. 排尿困难和膀胱刺激症状：结石堵塞尿道内口会导致尿流不畅，结石刺激膀胱黏膜或合并感染时则出现尿频、尿急、尿痛和血尿症状。

（三）治疗方法

1. 经膀胱镜碎石术：可通过膀胱镜进行钳夹或液电碎石。

2. 耻骨上膀胱切开取石术：适于结石过大、过硬或膀胱感染严重者。

（四）膀胱结石病人可进行 X 线平片、B 型超声和膀胱镜检查

【护理知识】

（一）经膀胱镜钳夹碎石后，适当变换体位，增加排石

（二）治疗后定期复查

行尿液检查、X 线和 B 型超声检查，观察有无复发和残余结石情况。若病人出现腰痛、血尿等症状时，更应及时就诊。

（三）要多体贴、关心病人，从日常生活的各个方面给予照顾

（四）坚持长期的积极预防，可减少或延缓结石的复发

1. 锻炼身体，增强体质，老年人可打太极拳，并经常做蹦跳和踮脚跟锻炼。

2. 科学合理地调节饮食，勿摄入过多的甜食、蛋白质和脂肪食物，多吃水果和蔬菜，补充膳食纤维和维生素 C 等。

3. 日常生活中增加饮水次数和饮水量，以增加尿量，稀释尿液，可减少尿中结石的形成。尤其是睡前和夜间饮水，效果更好。不能憋尿，成人应保持每日尿量在 2000 毫升以上。

4. 积极治疗会导致结石生成的疾病，如尿路感染、异物、尿道炎症、痛风、前列腺增生等。

5. 根据结石成分调节饮食。含钙结石的病人，尽可能少食含钙和草酸丰富的食物，浓茶、菠菜、番茄、土豆和芦笋等含草酸量高。牛奶、奶制品、豆制品、巧克力、坚果、虾皮等含钙量高。尿酸结石的病人应进食低嘌呤食物，忌食动物内脏、少食肉类、螃蟹、菠菜、豆类、菜花和香菇等；磷酸结石者宜食低磷食品，少食含钙食品；草酸结石患者宜食低草酸食品，少吃含钙食物；胱氨酸结石患者则应食用低胱氨酸饮食。避免大量摄入动物蛋白、精制糖和动物脂肪。

6. 预防骨脱钙。伴有甲状旁腺功能亢进的病人，必须积极治疗。鼓励长期卧床的老年患者积极进行功能锻炼，防止骨脱钙，从而减少尿钙排出。

【用药知识】

（一）根据结石成分应用不同药物，目的是降低有害成分，调节尿液 pH 值，即碱化或酸化尿液，预防结石复发

对磷酸盐和碳酸盐结石，可服用维生素 C、氯化铵、稀盐

酸等来酸化尿液；对尿酸、胱氨酸结石可应用碳酸氢钠、枸橼酸合剂来碱化尿液，使尿液的 pH 值保持在 6.5—7 以上，服用醋唑磺胺可使夜间尿液碱化。口服别嘌醇可减少尿酸形成，对含钙结石也有抑制作用。维生素 B_6 有助于减少尿中草酸含量，氧化镁可增加尿中草酸溶解度。

（二）针对结石成分进行防治

1. 特发性高尿钙结石。氢氯噻嗪 0.1 克/日，磷酸纤维素 10—15 克/日。

2. 尿酸结石。别嘌醇 0.2—0.6 克/日，多饮水，并碱化尿液。副作用有发热、皮疹、消化道反应、白细胞减少和肝功能损害等。

3. 草酸结石。氧化镁 0.1—0.3 克/日，维生素 $B_6$0.05—0.1 克/日，别嘌醇 0.3—0.4 克/日。

4. 胱氨酸结石。青霉胺 1—2 克/日，可使尿胱氨酸降低，结石溶解，但有较大副作用，如皮疹、白细胞和血小板减少、肾病综合征等。

5. 磷酸镁胺结石。磷结合剂氢氧化铝或碳酸铝凝胶 100 毫克/日，可减少尿液中磷的含量，也可应用乙酰肟羟酸，0.5—2 克/日。

十九、肾癌

【疾病知识】

（一）肾癌在整个泌尿系肿瘤的发病率仅次于膀胱癌，居第二位，高发年龄是 50—60 岁

（二）肾癌可以通过血液和淋巴转移，其血行转移常可到

达肺、脑、骨、肝等部位

（三）临床表现

主要是血尿、肿块和疼痛。血尿常见为间歇性、无痛性、肉眼血尿；较大的肾癌可在病人腹部或腰部发现肿块，质地坚硬。疼痛常常是腰部钝痛或隐痛。另外，肾癌还有肾外表现，如低热、高血压、红细胞沉降率加快、消瘦、贫血等，还有的病人同侧阴囊会出现精索静脉曲张。肿瘤发生骨、脑和肺转移后病人可有病理性骨折、神经麻痹和咯血等表现。

（四）肾癌的治疗原则是以手术为主的综合治疗

主要的手术方法有根治性肾癌切除术，术前应先行肾动脉栓塞术，以减少患肾血供，抑制肿瘤生长，减少术中出血，提高肿瘤的切除率和手术的安全性。肾动脉栓塞术还可作为姑息治疗的方法，用于晚期病人。若为肾盂癌，应行患侧肾、输尿管切除。其他的治疗方法包括放疗、化疗和免疫治疗，与手术治疗综合应用，对肾母细胞瘤和转移癌均有一定的疗效。

（五）辅助检查

（1）B超检查：有助于早期诊断，简单方便，常作为人群普查筛选手段。（2）X线检查：包括尿路平片、尿路造影和CT检查，不仅了解患肾病情，还可了解对侧肾、双侧输尿管和膀胱情况，有重要的诊断价值。（3）其他检查：包括肾动脉造影、下腔静脉造影、膀胱镜检查和尿细胞学检查。

【护理知识】

（一）多关心、体贴病人

给予精神安慰，使之增强战胜疾病的信心，从生活的各方面细节关心老年人。

（二）术后适当锻炼，加强营养，增强体质

（三）在病情允许的情况下，术后半个月行放疗和化疗

放疗后应对局部皮肤加强保护，可涂维生素 AD 油膏，防止溃疡发生。对化疗后出现静脉炎者，可用热水袋热敷或外敷中药如意金黄散。接受放疗和化疗的老年人身体都比较虚弱，应给予易消化、营养丰富的食品。

（四）定期复查

肾癌术后病人应定期复查肝、肾、肺功能情况，及早发现转移病灶。在放疗和化疗期间，也应定期复查血、尿常规，一旦病人出现骨髓抑制，应暂停治疗。

（五）预防保健

1. 避免接触芳香胺类、亚硝基类、铅、镉、某些抗癌药物等致癌物。戒烟，因为烟草中含有二甲基硝基胺等致癌物。

2. 积极彻底地治疗肾盂肾炎和肾盂结石。

3. 减肥，女性病人中超重者易发生肾癌。

4. 长期接受血液透析治疗的病人，体内也会积累一些致癌物而导致肾癌的发生。因此应经常行肾脏 B 超、CT、尿癌细胞检查，以便早期发现早期治疗。

5. 食用富含热能、易于消化吸收的蛋白质食品，如蘑菇、大豆、木耳、百合、瘦肉、鸡蛋、鱼类等。选用富含维生素 A 和 C 的新鲜蔬菜、水果和动物肝脏，如萝卜、菜花、豌豆等。多吃海带、海藻等海产品，既能软坚散结，又能抗癌。

二十、膀胱癌

【疾病知识】

（一）膀胱癌是泌尿系最常见的肿瘤，高发年龄是 50—70 岁

其发病原因主要是在染料、橡胶、塑料、油漆等工业或生活中长期接触苯胺类化学物质。人体内某些氨基酸，如色氨酸、菸酸代谢异常，以及吸烟等也是膀胱癌发生的重要因素。其他可能的诱因还包括膀胱的自身病变，如膀胱白斑、腺性膀胱炎、尿石等。

（二）95%以上的膀胱癌属于上皮性肿瘤，以移行细胞癌为主，鳞癌和腺癌较少

其生长方式可以是原位癌、乳头状癌和浸润性癌。膀胱癌的扩散以直接向深部浸润为主，淋巴转移比较常见，晚期可发生血行转移至肝、肺、骨和皮肤等处。恶性度越高的肿瘤越容易发生浸润和转移。

（三）临床表现

1. 血尿。主要表现为间歇性、无痛性、全程性肉眼血尿，排尿终末加重。出血量多少不一，重者可出现血块，但是和肿瘤的大小、数目和恶性度并不一致。血尿可自行停止，给病人以“治愈”或“好转”的错误认识。

2. 尿频、尿痛。常因为肿瘤体积较大或侵入肌层较深所致，尤其当癌肿发生坏死，溃疡和合并感染时更明显，所以属于晚期症状。

3. 排尿困难和尿潴留。一般发生在肿瘤较大或堵塞膀胱出口时。

4. 其他表现。癌肿浸润输尿管口时病人可发生肾积水，晚期病人可有贫血、浮肿、腹部肿块等表现。

（四）治疗原则是以手术为主，放疗和化疗为辅的综合治疗

1. 手术治疗可以根据肿瘤的病理和病人的全身情况选择手术方法。比较早期的肿瘤可采用保留膀胱的手术，较大的、多发的、多次复发的以及比较晚期的肿瘤应行膀胱全切除术。保

留膀胱的手术包括经尿道切除术、经膀胱开放手术、膀胱内药物灌注治疗和膀胱部分切除术；膀胱全切除术后还须行尿流改道手术，如回肠膀胱术、可控膀胱术、输尿管皮肤造口术等。

2. 晚期肿瘤采取姑息性放疗和化疗可以减轻症状，提高生活质量。

3. 预防复发，这是一项非常重要的治疗措施。凡是保留膀胱的手术治疗，50%以上的病人在2年内肿瘤复发。所以术后应严密随诊，每3个月复查膀胱镜一次，一年无复发者酌情延长复查时间。膀胱内灌注抗癌药的方法可预防或推迟肿瘤复发。

（五）辅助检查

1. 尿脱落细胞检查，可在尿中找到肿瘤细胞。

2. 膀胱镜检查，能直接观察到癌肿位置、大小、数目、形态、浸润范围等，还可以取活检，对诊断和治疗非常有帮助。

3. 影像学检查，包括B超、X线、CT和MRI等，可以发现肿瘤，了解肿瘤的浸润范围及深度、局部转移病灶、尿路其他部位有无肿瘤、有无肾积水发生。

【护理知识】

（一）多体贴、关心病人

给予精神安慰，使之增强战胜疾病的信心。

（二）保持个人卫生

注意居室环境的舒适度及安全性，为病人营造良好的居住环境。

（三）注意饮食

饮食应做到色香味俱全，易消化，少食多餐，少吃生、

冷、硬和葱、姜、辣椒等辛辣刺激性食物。注意饮食卫生，不吃变质和不干净的食物。多吃五谷杂粮，多清淡，少吃精细甜食，做到营养全面，热量平衡。鼓励病人食用富含热能、易于消化吸收的蛋白质食物，如蘑菇、大豆、木耳、百合、瘦肉、鸡蛋、鱼类等。多吃海带、海藻等海产品，既能软坚散结，又能抗癌。选用富含维生素 A 和 C 的新鲜蔬菜、水果和动物肝脏，如萝卜、菜花、豌豆等。还可进食萝卜、山楂等消导性食品，以助消化、增食欲。

（四）术后适当锻炼，加强营养，增强体质，注意戒烟

（五）病情允许情况下，病人在术后半个月行放疗和化疗

行膀胱保留术后，能憋尿的病人，即向膀胱内灌注免疫抑制剂 BCG 或抗癌药，可达到预防或推迟肿瘤复发的目的。开始时每周灌注 1 次，共 6 次；以后每月灌注 1 次，连续 2 年。药液灌入膀胱后应注意采取平卧位、俯卧位、左侧卧位或右侧卧位，每 15 分钟轮换体位 1 次，共 2 小时。行放疗的病人，应对局部皮肤加强保护，可涂维生素 AD 油膏，以防止溃疡。进行放疗和化疗的老人身体都比较虚弱，应给予易消化、营养丰富的食品。

（六）定期随诊复查

1. 浸润性膀胱癌术后要定期复查肝、肾、肺功能，及早发现转移病灶。

2. 在放疗、化疗期间，应定期检查血、尿常规，若出现骨髓抑制，应暂停治疗。

3. 保留膀胱的术后病人，须定期复查膀胱镜，并向病人反复强调复查的重要意义，说服其主动配合。

（七）病人的自我护理

行尿流改道术后腹部佩带集尿器的病人，应学会自我护

理。注意避免集尿器的边缘压迫造瘘口，保持其清洁卫生，定时更换集尿袋。行可控膀胱术后的病人，开始时每2—3小时导尿1次，逐渐延长间隔时间，至每3—4小时导尿1次，导尿时注意保持清洁。还应注意定期用生理盐水或开水冲洗贮尿囊，清除黏液和沉淀物，则很少发生逆行感染。

二十一、前列腺增生

【疾病知识】

（一）前列腺增生，又称前列腺肥大，是老年男性常见的慢性疾病和泌尿外科最常见的疾病之一

前列腺是包绕膀胱正下方尿道的核桃状腺体，随着年龄的增长，逐渐出现增生和体积增大的趋向，压迫尿道，影响排尿功能，出现排尿困难和尿潴留等症状。

目前大多数学者所承认的关于病因的解释是内分泌学说的观点。即前列腺的发育和生理状态的维持依赖于体内有足够的雄激素，特别是雌雄激素的平衡，这与睾丸功能有密切联系。当老年人睾丸萎缩、功能减退时，与睾丸有依赖关系的前列腺就逐渐发生退行性变化，即增生肥大和体积增加。因此，老年人即使没有任何症状也都会存在不同程度的前列腺增生，从某种意义上讲，它也属于一种生理现象。由此可见，老年人睾丸功能减退和体内雌雄激素的平衡失调可能是前列腺增生的病因。

（二）正常前列腺分为内外两层，增生主要发生在内层

前列腺增生程度不一，正常前列腺重约20克，增生时可达30—100克，甚至100—200克。尿流梗阻的程度与增生不一定成比例，但与增生部位有关，有时位于膀胱出口处的增生

不足 10 克的前列腺却可引起严重的梗阻和排尿困难。

（三）前列腺增生的表现

1. 梗阻性症状。

（1）尿流变细，力量减小，甚至尿细如线、尿线中断，排尿间断不流畅。有时增生的腺体正好将尿道的中间部分抬高顶起，尿流经过时分成左右两股流出，即形成了尿流分岔。

（2）尿程缩短。正常排尿时，喷射出的尿流呈抛物线状，可射到 1—2 米以外的距离，而病人即使用力排尿，尿流也射不太远，甚至在排尿终末从尿道口垂直滴沥下来，且滴沥不尽，不能成线。

（3）排尿踌躇等待，需要站立很长时间并逐渐用力才开始排尿。

（4）排尿费力，时间较长，需要使劲用力增加腹压，方能克服排尿阻力。

（5）急性尿潴留是最严重的症状，病人无法排尿，大量尿液积聚在膀胱里，下腹部胀满，而尿意又相当急迫，病人十分痛苦。随着病情发展，还会形成慢性尿潴留。

（6）晚期可发生肾积水、肾功能不全和肾性高血压等。

2. 刺激性症状。

（1）夜尿次数增多是最先出现的症状，少则 1—2 次，多则 5—6 次，其次数与前列腺增生和膀胱颈部受阻程度平行。

（2）尿频，即排尿次数增多，是最常见的症状。通常白天排尿 6—7 次，夜间 2—3 次或 5—6 次。严重者每小时即排尿 1 次或数次，直至最后出现尿滴沥，犹如尿失禁和遗尿。

（3）尿急和尿痛，膀胱内残余尿容易引起细菌生长繁殖，故极易并发泌尿系感染，导致膀胱及尿道炎症、甚至脓尿或结石。

（4）血尿，往往是间歇性的，多出现在排尿后。

3. 并发症。因为排尿困难、腹压长期增加会引起痔疮、脱肛等并发症，且当排尿困难时，有高血压病史者易发生脑血管意外及心力衰竭。

（四）前列腺增生虽然可以影响老年人的生活质量，但很少危及生命，可根据不同情况采取以下治疗方案

1. 定期随访观察。很多病人的症状进展缓慢，可以耐受，应每年复查一次。

2. 药物治疗。口服酚苄明、哌唑嗪、特拉唑嗪、坦索罗辛等，可松弛前列腺和膀胱颈的平滑肌，解除排尿梗阻；口服非那甾胺，可使前列腺体积逐渐缩小。

3. 手术摘除增生的前列腺腺体是最有效的治疗方法。一种是开放性手术，如耻骨上经膀胱、耻骨后、经会阴前列腺切除术；另一种是经尿道手术，如经尿道前列腺电切术、经尿道前列腺汽化电切术。

4. 其他治疗。包括激光治疗、经尿道微波热疗、尿道内气囊扩张术和尿道内支架网置入等。

（五）前列腺增生病人常用辅助检查

包括血、尿常规，血清电解质和前列腺特异抗原测定，肝肾功能、尿流率和膀胱残余尿量测定，以及膀胱镜检查等。

【护理知识】

（一）术后护理

术后进食易消化、富含纤维素的食品，防止便秘的发生；术后1—2个月内勿从事剧烈运动，如跑步、骑车、性生活等，以预防继发性出血。

术后前列腺窝部位的修复需要3—6个月的时间，因而术

后可能仍有排尿异常现象，应多喝水，定期复查尿、尿流率和残余尿量。若出现溢尿现象，病人应有意识地经常锻炼提肛肌，即吸气时缩肛、呼气时放松肛门括约肌，以尽快恢复尿道括约肌功能。

（二）保持个人卫生注意居室环境

（三）应多吃清淡易消化食物

注意色香味俱全、富有营养、热量平衡、少食多餐。避免饮酒、咖啡和生、冷、硬、辛辣刺激性食物，以防止前列腺充血增大，加重排尿困难。

（四）尿潴留的预防措施

1. 避免长时间坐姿，如骑自行车，否则会导致盆腔和前列腺充血，促进其增生。此外，自行车的坐垫会压迫尿道上段的前列腺部位，使膀胱排空能力降低，加重病情。

2. 避免过度憋尿。

3. 避免应用阿托品、颠茄和普鲁本辛等药物，这些药物会使膀胱逼尿肌收缩力量减弱，引起急性尿潴留。

4. 积极治疗泌尿系疾病，如前列腺炎等，及时解除尿道梗阻，预防尿潴留的发生。

5. 针对老年人的可惯性便秘采取适当措施。

6. 避免因受凉、劳累而致急性尿潴留。

（五）老年人每年至少去一次医院行前列腺检查，以便及时发现和治疗

（六）多关心体贴病人，使之保持心情舒畅，避免思虑恼怒，并切忌纵欲

（七）适当参加体育活动，增强机体抵抗力，改善前列腺部位的血液循环

【用药知识】

（一）酚苄明 10 毫克，每晚 1 次，哌唑嗪 1—2 毫克，每晚 1 次，二者均能改善排尿梗阻

（二）特拉唑嗪能松弛膀胱颈部和前列腺平滑肌，解除排尿梗阻

口服，首剂 1 毫克（半片），睡前服用，逐渐增加至每日 5—10 毫克。除首剂睡前服用以外，以后改在早晨一次服用或早、晚分两次服用。副作用包括头痛、头晕、无力、心悸、直立性低血压等，通常反应比较轻微，若继续服药，可逐渐自行消失。

（三）哈乐（盐酸坦索罗）是新型强效的药物

口服，每次 0.2 毫克，每日 1 次，饭后服用。一般四五天即可见效，但也具有和特拉唑嗪同样的副作用。

（四）保列治（非那甾胺）可使前列腺腺体逐渐缩小

每次 5 毫克，口服，每日 1 次，起效较慢，服药几个月后才能显效，所以需长期服用。

（五）激素类药物

1. 雌性激素。己烯雌酚 2—3 毫克（每日不超过 3 毫克），每日 3 次饭后服，1 个月为一疗程；戊酸雌二醇 10 毫克，每周 1 次，肌肉注射，10 周为一疗程。出现恶心、呕吐、食欲不振、乳房胀痛等副作用时，应及时减量或停药，加用维生素 B_6 可缓解上述不适。

2. 雄性激素。可增加逼尿肌收缩力，如丙酸睾丸酮 25 毫克，每周 2 次，肌肉注射，20 次为一疗程。

3. 雌雄激素合用。甲基睾丸素 5 毫克和己烯雌酚 2 毫克同时服用，每日 3 次。

4. 肾上腺皮质激素。强的松口服，第1周每日40毫克，第2—3周每日15毫克，第4周每日5—10毫克，其抗炎作用能使症状好转。

（六）治疗前列腺增生的中成药有加味逍遥散、六郁丸、桂枝茯苓丸等，方剂有癃闭散、前通汤、知柏坤草汤等

二十二、前列腺癌

【疾病知识】

（一）我国前列腺癌比较少见，但近年来其发病率迅速增加，多见于老年男性病人

其具体病因尚不清楚，可能与环境、遗传、饮食和性激素有关。

（二）前列腺癌绝大多数是腺癌

它可经局部、淋巴和血行扩散，血行转移最常见的部位是脊柱和骨盆。

（三）前列腺癌的早期症状不明显，有时会在直肠指诊检查时或前列腺增生手术标本中偶然发现

较大的癌肿和前列腺增生的症状相似，也会出现排尿困难、尿潴留和血尿等。晚期发生骨转移时病人会出现骨痛、病理性骨折或脊髓受压症状，有一部分病人是由于出现了转移灶症状才去就诊的。

（四）治疗原则

早期的前列腺癌可不作处理，但应严密随访观察病情进展。局限的前列腺癌可行根治性前列腺切除术。较晚期者主要采取内分泌治疗，通过手术或药物去势，并配合抗雄激素制

剂，可提高前列腺癌病人的生存率。另外，放射治疗会产生良好的局部控制效果。

（五）辅助检查

血清前列腺特异抗原常有升高表现；影像学检查包括经直肠B超、CT和MRI检查，全身核素骨扫描可发现骨转移病灶；经直肠前列腺穿刺活组织检查可确诊。

【护理知识】

（一）家属对前列腺癌病人的精心调护是癌症治疗中的重要环节

1. 支持医生的治疗方案，鼓励病人积极配合。多关心体贴病人，让病人感到家庭的关怀和温暖，增强战胜疾病的信心。

2. 术后适当锻炼，加强营养，增强体质。

3. 病情允许的情况下术后半月行放疗和化疗，但都有副作用，尤其是心血管、肺部并发症，用药期间应严密观察。此外，放疗、化疗期间还应定期查血、尿常规，一旦出现骨髓抑制，应暂停治疗。

4. 保持良好的个人卫生，保证老年人不受细菌、病毒的侵袭，保持整洁。

5. 室内环境注意温湿度适宜，阳光充足，空气新鲜。

6. 饮食要注意色香味俱全、清淡易消化、少食多餐。注意饮食卫生，不吃变质和不干净的食物，少吃生、冷、硬和辛辣刺激性食物。多吃五谷杂粮，少吃精细甜食，作到营养全面，热量平衡。戒烟。

7. 保证病人的生活起居有规律，按时服药，定期复查，对异常情况及时发现，及时采取治疗措施。

（二）积极采取预防保健措施

1. 科学合理地调整饮食，可以预防癌症的发生。

（1）少吃或不吃熏制食品、烧焦的肉类和发霉的粮食制品，以防止亚硝胺、黄曲霉毒素等的致癌作用。

（2）饮食要多样化，营养丰富，避免偏食、嗜食，否则会导致维生素和微量元素缺乏而致癌。

（3）前列腺癌病人应多食用富含维生素A、维生素C的水果（山楂、无花果、甘蔗、猕猴桃、苹果和菠萝）、新鲜蔬菜（卷心菜、菜花、油菜、大蒜、胡萝卜、百合、扁豆、白菜）和香菇、银耳、木耳、蘑菇等。多吃干果种子类食品（芝麻、南瓜子、西瓜子、花生、葡萄干、大豆、绿豆、豌豆、赤小豆、豆芽、马铃薯）、瘦肉、鱼类、蜂蜜、牛奶、酸奶、动物肝脏、紫菜、海带、海藻等。以上食物均具有防癌、抗癌的作用，营养价值较高。

（4）避免高脂肪、高蛋白饮食，特别是动物脂肪、红色肉类，是前列腺癌的危险因素，会使前列腺癌的发病率明显高于低脂肪、低蛋白饮食。可进食萝卜、山楂等消导性食品，以助消化、增食欲。少吃或不吃葱、姜、辣椒等刺激性强的食品。

2. 鼓励和协助病人活动锻炼，增强机体抗病能力。

3. 年龄超过50岁的男性应每年进行一次前列腺检查，以便及时发现及时治疗。

4. 避免过多应用雄性激素，因为雄性激素与前列腺癌的发生有密切关系。

5. 注意保持性生活卫生，性病患者易发生前列腺癌。

【用药知识】

（一）应用雌激素进行内分泌治疗

这可使前列腺癌病变缩小，能够控制肿瘤进展，缓解症

状，延长生命。

1. 己烯雌酚，口服每晚 1—3 毫克。

2. 戊酸雌二醇，肌肉注射，每次 10 毫克，每周 1 次。

上述二药用药期间可有乳房肿大，少数还可有心血管和水电解质紊乱、肝功能损害等并发症。

3. 抑那通为黄体释放激素促效剂，每次 3.75 毫克，皮下注射，每月 1 次，可使血液中睾丸素浓度明显降低，达到切除睾丸的目的。

4. 氟硝丁酰胺，口服，每次 250 毫克，每日 3 次，其副作用包括恶心、呕吐、男性乳房女性化，且长期应用会导致心血管疾病的发病率升高。

（二）抗癌的中草药包括瞿麦、威灵仙、土茯苓、猪苓、海金砂、草河车、铁包金、白茯苓、石燕、薜荔果、木通、泽泻、穿山甲、蜣螂、鳖甲和牛膝等

二十三、肋骨骨折

【疾病知识】

（一）病因

中老年人的肋骨骨质疏松，脆性较大，容易发生骨折，尤其是第 4—7 肋，最易折断。肋骨骨折的主要原因是胸部挤压伤，既可以是外界暴力直接作用于肋骨而致的，也可以是间接暴力前后施压于胸部而致的。

（二）肋骨骨折的断端刺破胸膜、肺可引起气胸，刺破血管可引起血胸

比较严重的多根多处肋骨骨折可引起反常呼吸，即吸气时

患处的胸壁内陷，呼气时外鼓；还可引起纵膈左右扑动，导致体内缺氧和二氧化碳潴留，并影响静脉血回流，甚至发生呼吸和循环衰竭。

（三）临床表现

病人患处疼痛，尤其在深呼吸、咳嗽和改变体位的时候加重，严重者可出现呼吸困难、紫绀、甚至休克。体格检查的时候会发现局部胸壁压痛，或有骨折摩擦音。多根多处肋骨骨折可有反常呼吸运动；并发肺、胸膜、血管损伤时，可出现气胸、血胸和皮下气肿等表现。

（四）治疗

1. 闭合性肋骨骨折。单处的或骨折范围较小者，多能自行愈合。为减轻痛苦，减少并发症发生，可在局部用胶布或胸带包扎固定，同时可给予止痛剂治疗，也可以进行局部普鲁卡因封闭。多根多处肋骨骨折必须采取紧急处理措施，可用厚敷料于患处加压包扎固定，也可行牵引固定。出现反常呼吸、呼吸循环衰竭及休克表现时，更应紧急抢救，去除呼吸道分泌物，加压呼吸，抗休克。对咳嗽排痰无力，呼吸衰弱者，可行气管插管或气管切开，人工呼吸机辅助呼吸。

2. 开放性肋骨骨折。应积极手术处理伤口，彻底清创，固定骨折部位，并行胸腔闭式引流。

（五）最可靠的诊断方法是胸部X线检查，不但可以确诊，还可以明确病变部位、程度和有无并发症

【护理知识】

（一）基本护理注意事项与前面护理下肢静脉曲张的病人相同

（二）病人要多注意合理休息

3个月后应复查X线检查，以便了解骨折愈合情况。平时也应注意安全，防止意外事故的发生。

二十四、桡骨下端骨折

【疾病知识】

（一）桡骨下端骨折是指桡骨下端2—3厘米范围内的骨折，以中老年人最为多见

发病原因主要是间接暴力所致，可分为以下两种情况：

1. 侧身摔倒时手掌伸直着地所致者称为“Colles”骨折，骨折远端向背侧和桡侧移位。

2. 摔倒时手背着地，手腕在屈曲位所致者称之为“Smith”骨折。

（二）受伤部位的腕关节局部肿胀、疼痛，丧失主动活动功能

从侧面观看像“餐叉状”畸形，从正面观看像“枪刺刀状”畸形。

（三）可在局部麻醉下对病人进行手法复位，再用小夹板或用石膏固定6—8周

（四）病人行X线检查可确定骨折类型和移位情况

【护理知识】

（一）一般护理常识

骨折部位经局麻下整复、小夹板固定后，注意固定要松紧适宜，并用布巾将前臂吊起，注意无论行走还是睡眠状态均应始终保持前臂超过心脏水平，以促进静脉回流，减轻患肢肿胀

和疼痛。

（二）病人应有计划和正确地进行功能锻炼

骨折康复分三个阶段：

1. 经骨科医师复位和固定处理后当天可开始肩部运动、肘部屈伸、握拳、伸拳和拇指对指等锻炼，并逐步用力。

2. 从第2周起，手握拳进行屈腕练习。

3. 从第3周起，增加屈指、对指和对掌练习。骨折愈合后，可进行系统的腕部屈伸、支撑和前臂肌肉锻炼。

（三）应注意对骨折病人进行心理疏导，多关心体贴病人

解除其顾虑，使之克服惰性和消极情绪，积极配合治疗和康复锻炼。

（四）对病人进行生活起居方面的照顾

1. 个人卫生方面。保证老年人不受细菌、病毒的侵袭，注意包括须发、指甲、皮肤、口腔、肛门和外生殖器的护理。每日洗脸2～3次，每周洗澡1～2次，冬季可涂护肤品。老年人应养成晨起、睡前和饭后刷牙的习惯，假牙睡前应取下，清洗干净。保持会阴部清洁卫生，每次大便后用温水清洗一次。

2. 注意室内环境，让老年人感觉舒适。老年人最好不吃催眠药，夜间起床应动作慢，先在床上坐一会儿再缓慢站起，便盆应放在床边。老年人上下楼梯应手扶栏杆，踩稳台阶。室外环境应无噪音，无污染，道路平坦，以免跌伤。行走不便的老年人应使用拐杖，上下车应有人搀扶。鞋底应防滑，雨雪天气避免外出活动。

3. 饮食要注意色香味俱全、富有营养、易消化、少食多餐；多吃五谷杂粮，少吃精细甜食。注意饮食卫生，不吃变质和不干净的食物，少吃生、冷、硬和辛辣刺激性食物。

4. 习惯性便秘是老年人常见的病症，平时注意多吃富含

纤维素的食品（蔬菜、水果、粗粮和白薯等），多喝水，适量进食蜂蜜，防止便秘的发生。

（五）病人应积极防治骨质疏松症，坚持户外活动锻炼

要经常晒太阳，多吃牛奶、鱼虾类、虾皮、海带、蔬菜、水果和排骨汤等，必要时遵医嘱补充钙剂、维生素 D 等，女性老年人绝经后应补充雌激素。

（六）遵医嘱定期随访复查，评估功能恢复状况

二十五、股骨颈骨折

【疾病知识】

（一）股骨颈骨折是老年人经常发生的骨折，女性老年人更容易发生

骨折后常见的两大问题是骨折不愈合（约占 15%），以及股骨头缺血性坏死（约占 20%～30%），这是骨折后治疗的重点和难点。发生损伤的主要原因在于当老年人在绊倒时扭转了受伤侧的下肢，外界暴力传导到股骨颈，引起股骨颈断裂。因为老年人通常都有不同程度的骨质疏松，所以较小的暴力就足以引起骨折的发生。骨折发生后，因受伤部位血液供应较差，所以骨折不愈合的可能性就比较大。

（二）股骨颈骨折有不同的分类方法

1. 按骨折线部位可分为头下型、经颈型和基底部骨折，其中前两者因血运中断或破坏严重，较易发生股骨头缺血性坏死，基底部骨折对血运影响不大，较易愈合。

2. 按骨折线角度分为内收型和外展型，前者不稳定，后者较稳定。

3. 按骨折移位情况分为不完全骨折、完全骨折、部分移位的完全骨折和完全移位的完全骨折。

（三）病理表现

股骨颈骨折主要表现为老年人摔倒后诉说髋部疼痛，尤其在移动患侧肢体时就更明显，所以不敢站立行走。局部有压痛，患侧下肢表现为屈曲、内收、外旋和短缩畸形。

（四）可采取如下治疗措施

1. 非手术治疗。包括持续皮牵引和骨牵引两种方法，前者适用于没有明显移位的外展嵌插骨折。股骨颈骨折后，由于股骨头近侧缺血，不易愈合，所以行骨牵引应做到准确复位、牢固固定，以尽早建立骨折端的血液供应。

2. 手术治疗。对于老年人实施手术治疗的主要目的在于行骨折内固定后使之能早期坐起活动，防止肺炎等致命性并发症的发生。手术方法包括经皮或切开加压螺纹钉固定术、人工股骨头置换或全髋关节置换术。

（五）病人行X线检查可确诊骨折及其移位情况

【护理知识】

（一）病人在卧床期间每日进行卧床保健操锻炼1—2次

应定时放松牵引，保护患肢皮肤。防止患侧肢体内旋、外旋、内收和外展动作，尤其避免盘腿动作。保持床面整洁干燥，病人每3—4小时翻身一次，按摩骨突处，预防褥疮发生，翻身时避免过多活动局部。大小便后要及时清洁局部，尤其女性病人，以预防尿路感染发生。给病人更衣、擦身和洗浴时注意预防受凉、感冒甚至肺炎的发生。对长期卧床者，定时拍背，鼓励咳嗽咳痰，防止坠积性肺炎。每日向心性按摩健侧下肢和双上肢，并进行关节活动，防止关节僵硬。做好原有的糖

尿病、高血压和心脏病的护理，防止病情波动对骨折康复的不利影响。加强病人的心理护理和疏导，多关心体贴病人，增强战胜疾病的信心。

（二）病人的日常生活护理要多注意，具体事项与其他骨折患者的护理事项相同

（三）可采取以下康复治疗措施

1. 非手术外固定情况下治疗骨折的康复治疗：分为伤后1—2周、伤后2周至骨折临床愈合约至伤后2—3个月、伤后2—3个月至1年以上共三个阶段。（1）骨折临床处理后当日，进行患肢足趾和踝部运动和股四头肌静力性收缩。（2）1—2周以后，开始髋关节周围肌肉收缩练习。5—6周练习床边坐、小腿下垂或踩在小凳上。注意避免在床上伸腿，否则会使患肢处于外展、外旋的不良体位。8周以后增加下肢内收、外展、坐起、躺下等练习，还可进行患肢不负重的双拐三点步行练习，为逐步恢复正常生活做好准备。（3）伤后2—3个月开始，可在平行杠、步行车或双腋拐支持下进行部分负重的站立练习，逐渐到充分负重的站立锻炼。2周以后，可循序渐进地增加双腿交替负重练习、缓慢原地踏步、提起足跟、半蹲起立等锻炼。逐渐地在站立练习的基础上进行不负重、部分负重和充分负重的步行练习，从持双拐步行逐渐发展到健侧单拐、再到患侧持拐步行练习，这样逐步提高下肢行走的功能。

股骨颈骨折愈合后，也应较长时间持手杖步行，不应过早恢复患肢充分负重，且1—2年内也不应过长时间负重，并定期复查X线检查。

2. 手术治疗后的康复治疗，也分为术后第1周、第2周和第3周三个阶段。做加压螺纹钉内固定手术者，术后第1天进行患肢肌肉的收缩，第2—3天即可起床，且允许患肢负重。

1周以后可开始髋和膝的屈伸，应动作轻柔，循序渐进，避免引起疼痛。术后2周后可开始前面所述的非手术治疗的第三阶段康复锻炼，包括负重站立、负重行走和持拐行走等。3—4周后可完全恢复原有的日常活动。

（四）对股骨颈骨折的预防保健措施

1. 防治骨质疏松症，坚持户外活动锻炼，经常晒太阳，多吃牛奶、鱼虾类、虾皮、海带、蔬菜、水果和排骨汤等，必要时遵医嘱补充钙剂、维生素D等，女性老年人绝经后应补充雌激素。

2. 老年人的家居环境应平整、宽敞、不放杂物，防止发生摔倒。老年人上下楼梯应手扶栏杆，踩稳台阶。

3. 行走不便的老年人应使用拐杖，上下车应有人搀扶。鞋底应防滑，雨雪天气避免外出活动。

4. 老年人最好不吃催眠药。夜间起床应动作慢，先在床上坐一会儿再缓慢站起。老年人使用的床应矮，便盆放在床边。

（五）遵医嘱定期随访复查，评估功能恢复状况

二十六、颈椎病

【疾病知识】

（一）颈椎病多发生在中年以上病人，是颈椎间盘退行性变及其继发性椎间关节退行性变导致的脊髓、神经、血管损害，表现出一系列相应的症状和体征

颈椎病有三大病因：

1. 颈椎间盘退行性变是基本原因。

2. 急性或慢性损伤。

3. 先天性颈椎管狭窄。

（二）临床表现

病人因为颈椎活动度大，活动量多，随年龄增长，颈椎间盘可逐渐发生退行性变，使得关节囊和韧带松弛，脊柱活动时其稳定性下降。进一步发展可导致椎体、椎间关节和韧带发生变性、增生、钙化，最后刺激或压迫相邻的脊髓、血管和神经。急性或慢性损伤可诱发、加重临床表现或加速病情进展，使症状提早发生。先天性颈椎管狭窄的病人即使颈椎间盘只有轻微的退行性变，就可以出现脊髓、血管和神经的刺激和压迫症状。

（三）颈椎病基本上可分为四型

1. 神经根型最常见，主要是局部病变压迫、刺激神经根所致。表现为颈部疼痛、僵硬，短时间内加重，并向肩部和上肢放射。当病人用力咳嗽、打喷嚏或活动颈部时，疼痛会有所加重。此外，还可有皮肤麻木、过敏、上肢肌肉力量减弱和手指动作不灵活。

2. 脊髓型主要是由于病变压迫或刺激骨髓引起的。表现为四肢无力，手的握力减退，精细活动失调，走路不稳，有踩在棉花上的感觉。随疾病加重，会发生由下而上的运动神经元性瘫痪。

3. 椎动脉型是由于病变直接压迫或刺激椎动脉而出现供血不足的表现。症状包括：（1）旋转性、浮动性或摇晃性眩晕；（2）以枕部、顶部为主的头痛，有时是放射至颞部的发作性胀痛，主要是由于椎动脉供血不足，其他血管代偿性扩张而致；（3）突发的弱视、复视，甚至失明，但短期内可恢复；（4）猝倒：常发生在头部突然旋转或屈伸时，倒地后再站起时可恢复正常活动。

4. 交感神经型表现为：(1) 偏头痛、头晕；(2) 视物模糊、畏光流泪、眼球发胀和眼睑下垂；(3) 耳鸣、听力减退，面部发麻；(4) 出汗异常；(5) 心律失常、心前区疼痛和血压升高；(6) 消化道症状。

（四）治疗措施

1. 非手术治疗。主要原则是除去压迫因素，止痛，消炎，以恢复颈椎的稳定性，可根据病情适当选择治疗方法。(1) 颌枕带牵引：目的是解除肌肉痉挛，增大椎间隙，减少椎间盘压力，减轻对神经和血管的压迫和刺激，不适于脊髓型患者。病人坐位或卧位，头部微屈，牵引重量为 2—6 公斤，每日 1—2 次，每次 1 小时。若无其他不适，可持续牵引，每日 6—8 小时，持续 2 周为一疗程。(2) 佩戴颈托和围领：可限制颈椎过度活动，但并不影响病人的日常活动。(3) 推拿和按摩：脊髓型病人禁用。可达到松弛肌肉和改善局部血液循环的目的。由专业人员操作，每次 30 分钟，每日 2 次。(4) 理疗：包括热疗、磁疗、超声疗法和电刺激等，可改善颈肩部血液循环，松弛肌肉，消炎止痛。(5) 注意自我保健，应选择合适的枕头，纠正错误姿势，活动锻炼颈肩部等。

2. 手术治疗。凡是诊断明确、经非手术治疗无效、反复发作的，或脊髓型患者的压迫症状进行性加重的，均应采取手术治疗。切除突出的椎间盘等病变，解除对脊髓、神经和椎动脉的压迫。

（五）病人可进行颈椎 X 线摄片检查、CT、MRI 检查，可见椎体骨质增生和退行性变、椎间盘突出、椎间隙变窄以及脊神经根受压等情况

【护理知识】

（一）要多体贴、关心病人，生活起居要有规律

病人不要过度劳累，尤其是年龄较大、病情较重和术后病人，不要从事过重的家务劳动。日常生活中不要过多低头，如看电视、吃饭、玩电脑等。不要做增加颈部活动的运动和锻炼，局部的制动和生理性活动，是颈椎病康复的基本条件。注意减轻体重，以保护颈椎和腰椎健康。平时喜欢锻炼的人可以选择游泳运动，对颈椎无明显副作用。术后恢复期病人要预防外伤，否则会加重病情。

（二）病人可进行手部活动，使之恢复肌力

重型病人可使用简单的支撑装置，来维持关节位置、支撑体重、增加肌力并保持肌力平衡，如手杖、拐杖、护膝、护踝、护肘、护腕和下肢功能支架等。已失去下肢正常步行功能的病人可使用轮椅。有严重功能障碍的病人，可使用一些自助装置，以满足其基本的生活需要，如端碗、持杯、穿衣、洗澡、开关电器的设备和能帮助读写的装置。重型病人还应适当参加家务劳动，如整理桌子、接听电话等，随着肢体功能改善，可循序渐进增加工作量，每日不超过 3—4 小时。

（三）平时的预防保健措施

1. 正确的睡眠姿势非常重要。（1）最好选用软性床垫和木板床，病情严重、需他人协助翻身者，可选择电动床或气垫床。（2）枕头宜软宜矮，忌高忌硬。长度超过肩宽 10—16 厘米，应透气，大小合适，符合颈部的自然生理曲线，使颈部各种组织处于平衡状态。枕头可用鸭绒、绿豆壳、茶叶、木棉、蒲绒或稻壳填充，切忌选用不透气的人造制品。枕头应为两边高、中间低的元宝形，枕心受压后应能伸进一个拳头为宜。切

忌高枕或不使用枕头，二者均会压迫或刺激脊髓神经组织。（3）睡眠体位可采取仰卧位或侧卧位，头颈部保持自然仰伸位，双侧膝关节和髋关节略微屈曲，以使全身肌肉、韧带和关节达到最大限度的放松和休息。枕头应放置于枕颈部或颞颈部，以维持头颈部的生理曲线。（4）防止着凉，尤其是夏初或秋末季节，休息和睡眠时最容易着凉或受潮，而诱发或加重颈椎病。

2. 注意工作中保持正确的体位。最容易引起颈椎病的是需要长时间低头的工作，也就是使颈部长时间前屈的体位。例如需要伏案工作的流水作业装配线和某些特殊工种（缝纫工、检验工）、秘书、打字员、绘图员、作家和撰稿人等。所以应注意：（1）工作中定时改变头颈部体位，当头颈部长时间向某个方向屈曲时，可每隔 15 分钟向相反方向转动数次。（2）定期远视，长时间伏案工作后可抬头远视半分钟，既可消除眼睛疲劳，又可放松头颈部，缓解颈部肌肉的慢性劳损。（3）适当调整工作台面的高度和倾斜度，使头、颈、胸保持正常生理曲线，因为过高或过低会导致颈部过伸或过屈。工作台面若与水平面呈 10—30 度倾斜时，更有利于调整坐姿。（4）开展工间和工作之余的活动锻炼，工作中，应至少每 2 小时全身活动或运动 3—5 分钟，例如做工间操、散步等。（5）纠正日常生活和家务劳动中的不良体位，保持颈部平直，注意减轻颈部的疲劳和劳损。

3. 开车和坐车时注意安全，防止受伤。（1）重视交通安全，避免事故发生。（2）乘车时系安全带将自己固定在座位上，防止突然刹车造成的伤害。（3）乘车时采取面向侧方的姿势能减少颈椎结构受损的机会。（4）行车中发生意外时应快速缩头，即急刹车时将头部向下紧缩，双肩耸起，双手握紧扶

手，可大大减轻损伤程度。

4. 颈椎外伤后要及时诊治。（1）受伤后应及时确定颈椎局部有无软组织损伤，特别注意椎旁肌肉有无压痛，并反复观察。（2）及时治疗，头颈部应制动（使用石膏颈围固定或住院行牵引治疗），遵医嘱应用脱水剂（口服或静脉推注）或由医生实施各种手术和非手术疗法。

5. 避免长期应用肾上腺皮质激素类药物，因为这类药物会加速颈椎退行性变，促使颈椎骨质疏松、骨刺增生和椎间盘突出。

【用药知识】

1. 消炎痛，用于颈部和上肢麻木、疼痛，每次 25 毫克，每日三次。

2. 维生素 B_1，每次 10 毫克，每日三次。

3. 舒筋活血的中药，如白芍、川断、木瓜、甘草等。

二十七、肩周炎

【疾病知识】

（一）肩周炎，又称凝肩，是“粘连性肩关节囊炎”的俗称，指发生在肩关节囊、滑囊、肌腱和肩周肌的慢性损伤性炎症，多发生在 50 岁左右的女性病人

中老年人的肩周炎往往是继发性的，多由于软组织退行性变和对外力的承受力减弱所致。其他诱因还有急慢性肩部损伤、因上肢外伤或手术而长期固定肩关节等。较少数病人发病无任何诱因，即所谓的原发性肩周炎。

（二）临床表现

发病后，肩关节囊发生纤维性收缩变小，肱骨外展时，出现肩肘和肱二头肌功能丧失。

肩周炎早期表现为逐渐加重的肩部疼痛，并向颈部和上臂中部放射。夜间更为明显，以至影响患者睡眠。肩部肌肉萎缩，压痛广泛。后期肩关节逐渐僵硬，最终发展为向各个方向活动均受限，特别是外展、外旋和后伸等动作。

（三）治疗原则

治疗原则是早期进行被动牵拉肩关节的训练，以恢复其活动度，还可行局部热疗；急性期肩部制动，口服非甾体类抗炎药，并行温热疗法；后期应坚持按计划自我锻炼，并配合药物治疗和理疗，除此之外，还可采取针灸、推拿等疗法缓解症状。

（四）肩周炎病人可进行X线检查，显示骨质疏松，做肩关节造影则显示关节囊体积显著缩小

【护理知识】

（一）一般措施

1. 病人表现为焦虑、紧张，担心预后。应多关心体贴病人，对其宣传疾病知识，介绍治疗成功的事例，使之提高认识，积极配合，消除恐惧等不良心理。此外，病人还应进行自我心理治疗，树立信心，正确认识和对待疾病，积极进行功能锻炼，不可急躁、焦虑，才能取得良好疗效。

2. 日常生活中关心病人，帮助其穿衣、梳头等，为其解决日常生活中的实际困难。鼓励病人积极自我锻炼，提高自理能力。

3. 对于关节粘连和肌肉萎缩的病人，定期按摩病人上肢

和肩部肌肉，加强上肢关节活动和主动锻炼，鼓励病人进行手指关节活动，如捏橡皮球或健身球等。

4. 注意饮食卫生，少吃生、冷、硬和辛辣刺激性食物。多吃五谷杂粮，少吃精细甜食，作到营养全面，热量平衡，提高免疫功能。

（二）病人可进行自我治疗

1. 自我疗法。（1）毛巾热敷法：将毛巾用热水浸湿，拧干后敷于患处，注意热度适宜，以免损伤皮肤。每次可反复热敷 30 分钟，每日至少 1 次。（2）沙袋热疗法：炒热沙粒后放入袋中，隔一条干毛巾置于患处，直至热量全部放完。（3）频谱治疗：病人采取舒适体位，将频谱仪应用于患处，每次 30 分钟，每日 1 次。每日可选取以上任一方法，治疗后注意局部保暖，勿受风寒。

2. 自我按摩。病人本人可以学习有关知识，在患处进行按摩，方法简单，安全有效。自我按摩手法有拿、按、揉、擦等四种。拿法：即五个手指指端相对进行短促挤压。按法：即手指指腹或手掌垂直施压于体表，由轻到重，而后逐渐放松。揉法：即手掌或手指缓慢地环转动作，每分钟 100 次左右。擦法：手掌紧贴皮肤，稍用力下压，上下或左右移动摩擦皮肤。除了在患处按摩以外，还可选择相关穴位，如风池、大椎、极泉、肩井、曲池、内关、外关和合谷等。

（三）为预防肩周炎的发生，应注意以下几点

1. 积极主动、持之以恒地参加体育锻炼，如跑步、广播操、太极拳和中老年人健美操等，既增强体质，又延缓关节退行性变。长期卧床的老年人应在床上活动肩、肘关节，以避免关节僵硬，活动受限。

2. 肩部注意保暖，防止持久风吹和贪凉。特别是在夏天，

出汗后不要在风扇下或通风阴凉处风吹外露的肩部，在温热季节，也要禁忌持续性风吹。冬天，晚上睡眠时肩关节不要露在外面。淋雨后，应洗热水澡。

3. 要注意居住环境的防寒、防潮，保持居室温暖、干爽。

4. 日常生活中，避免肩关节过度用力扭曲、拉扯、撞击和摩擦等外伤，避免肩关节过大的劳动强度和过度、过猛、过快、过重地运动而导致劳损，也不要经常向一侧侧卧或低枕耸肩侧卧。

5. 行走或劳动时注意避免颈肩部的外伤，一旦发生肩关节不适、疼痛或损伤时，应尽早诊治。

【用药知识】

（一）西药

1. 非甾体抗炎药。美洛昔康（莫比可），口服 7.5～15 毫克/日，每日 1 次。能够止痛、退热和消炎。副作用是胃肠道刺激症状和胃出血，应密切观察。

2. 肌肉松弛药。氯化唑沙宗（鲁南贝特），口服每次 2 片，每日 3 次。能够放松肌肉，解除痉挛。上述两药配合使用，效果更佳。

（二）中成药

如风湿寒痛片，口服每次 6 片，每日 2～3 次。能够祛风散寒、利湿通络、扶正固本。

（三）外用膏药

如肩贴灵，取药膏适量摊在敷料上，贴于患处。能够温经通络，散寒止痛。

（四）中药

羌活、防风、细辛、苍术、白芷、川芎、生地、黄柏和桑

枝等。

二十八、腰椎间盘突出症

【疾病知识】

（一）腰椎间盘突出症是指腰椎间盘变性、纤维环破裂、髓核突出，刺激或压迫马尾神经根所致的一种综合征

该病多发于20～50岁年龄段，男性比女性多见。腰椎间盘位于腰部脊柱的各节椎体之间，上、下是软骨板，中心是髓核，四周是纤维环。腰椎存在生理性前凸，腰椎间盘的后外方是薄弱部分，因此，腰椎间盘易在后外方膨出或破裂。由于此处也是神经根经过的部分，因此椎间盘突出可使神经根受到压迫和刺激。本病容易发生在脊柱活动度大、承受重量较大或活动较多的部位，所以有90%～96%的病人发生在第4腰椎—5腰椎、第5腰椎和第1骶椎之间的椎间盘部位。本病的发病原因包括椎间盘退行性变、损伤、遗传和妊娠四大因素，其中基本病因是腰椎间盘的退行性变。

1. 成年以后，椎间盘逐渐发生退行性变，纤维环和髓核水分减少，弹性减低，椎间盘结构松弛，髓核突出。

2. 急性或慢性腰部损伤，特别是反复弯腰、扭转等动作反复积累也是椎间盘突出的重要因素。弯腰时髓核向后移动，会导致后方纤维环破裂；长期处于坐姿和颠簸状态，腰椎间盘也会承受较大的压力，长期反复地积累，也会诱发本病的发生。

3. 遗传因素也有一定的作用，因为本病有家族性发病的报告，而且有色人种发病率比较低。

4. 怀孕期间体重的突然上升，腹压增加，再加上肌肉和韧带都相对松弛，也易造成椎间盘的膨出。

（二）腰椎间盘突出症可分为四类

1. 膨隆型，指的是纤维环部分破裂、隆起，但是表层尚完整。

2. 突出型，指的是纤维环完全破裂，髓核从破口突向椎管。

3. 脱垂游离型，指的是破裂突出的椎间盘组织在椎管中游离。

4. Schmorl 结节及经骨突出型，指的是髓核经上、下软骨板裂隙突入椎体骨松质内，或沿着椎体之间的血管向前纵韧带方向突出，从而形成在椎体前缘的游离骨块。

（三）临床表现

如前所述，大部分病人都有腰部受伤史，首次发作常常发生在病人半弯腰持重或突然扭转腰部的动作过程中。

1. 症状：（1）腰痛是最常见的表现。早期，病人只有腰痛，可为急性剧痛或慢性隐痛。病程比较长的病人往往只能短距离地行走，而且行走时疼痛难忍。疼痛的加重可以发生在弯腰、咳嗽和排便等用力动作时。疼痛主要是由于突出的髓核刺激了神经纤维所致的，疾病后期疼痛会有所减轻。（2）坐骨神经痛：病人表现为单侧疼痛，因为椎间盘突出多在一侧。典型的疼痛从下腰部向臀部、再向下肢、足背或足部外侧放射，还可伴有麻木感。中央型病人可有双侧坐骨神经痛，即双侧大腿和小腿后侧疼痛。病人咳嗽、打喷嚏等动作可导致腹压增加，从而使疼痛加重。（3）马尾神经受压：中央型病人髓核的突出或脱垂游离型病人的椎间盘组织若压迫马尾神经，可导致双侧大小腿、足根后侧和会阴部感觉变得迟钝，发生大、小便功能障碍。

2. 体征：（1）腰椎侧突：腰椎为了减轻神经根受压迫所致的疼痛，便采取一种姿势性的畸形，起到代偿作用。腰椎侧突的方向和椎间盘突出以及相邻神经根之间的位置关系有关。若髓核突出于神经根内侧，那么为了松弛对神经根的压迫，缓解疼痛，腰椎则突向健侧。反之，若髓核突出于神经根外侧，腰椎则突向患侧以减轻疼痛。（2）腰部活动受限：腰部向各个方向的活动均受到不同程度的限制，尤其是前屈受限最显著。这主要是因为前屈时椎间盘后突增加，神经根进一步受压，以至疼痛加剧。（3）压痛和叩痛：在病变部位椎间隙的棘突间，棘突旁侧 1 厘米部位有深压痛和叩痛，还可伴有向下肢的放射痛。（4）直腿抬高试验和加强试验阳性：主要是由于神经根受压或粘连，使移动范围减少或消失，牵拉坐骨神经所导致的。（5）神经系统的表现：如感觉减退、肌力降低、腱反射变化等。例如疼痛和触觉减退，踇趾背伸力量降低，足部跖屈无力，踝反射减弱或消失。

（四）治疗方法

1. 非手术治疗。目的是通过改变椎间盘和受压迫的神经根的相对位置，来减轻椎间盘对神经根的压迫和刺激，解除神经根的炎症性水肿。（1）绝对卧床休息：排大小便时也应卧床完成。初次发作时就应该卧硬板床休息；这样做有利于缓解脊柱旁的肌肉痉挛所致的疼痛。卧床时间一般 3 周，也可等症状缓解后佩戴腰围下床活动。病人 3 个月内不可做弯腰持重物的动作，以后酌情进行腰背部肌肉的功能锻炼。（2）持续牵引：目的是使椎间盘间隙增宽，减低椎间盘内压和肌肉痉挛所致的疼痛。牵引方法多采用骨盆水平牵引，抬高床尾做反牵引。牵引重量一般是 7—15 公斤，持续时间大约 2 周。病人也可使用间断牵引法，但效果不如持续牵引，方法是每次 1—2 小时，

每日 2 次。(3) 硬膜外注射皮质激素：目的是减轻神经根周围的炎症和粘连。常用药物是醋酸泼尼松龙，经硬膜外注射，每周封闭 1 次，每 3 次为一疗程。(4) 理疗、推拿和按摩：中央型病人除外。正确的治疗有利于松弛肌肉、缓解肌肉的痉挛和疼痛，以减轻椎间盘的压力。

2. 手术治疗。适用于非手术治疗无效的、巨大或骨化的椎间盘、中央型椎间盘使马尾神经受压者，手术方法是腰椎间盘突出物摘除术或经皮穿刺髓核摘除术。

(五) 病人可进行以下检查

1. X 线平片可显示脊柱侧凸、椎体增生和椎间隙变窄等退行性变表现。

2. CT 和 MRI 检查可显示椎管形态和椎间盘突出的情况，而且 MRI 检查还可显示脊髓、髓核、马尾神经等情况。

3. 脊髓造影可间接显示腰椎间盘突出的情况。

4. 电生理检查，如肌电图检查可确定神经受损情况。

【护理知识】

(一) 要注意减轻病人疼痛

1. 绝对卧硬板床休息。因为卧位时椎间盘承受的压力比站立时要降低 50%，所以可减轻负重和体重对椎间盘的压力，缓解疼痛。卧床 3 周后可遵医嘱戴腰围下床活动，腰围能加强腰椎的稳定性，对腰椎起保护和制动作用。有脊髓受压的病人，应戴腰围 3—6 个月，直至神经压迫症状解除。

2. 家属应协助病人进行床上翻身，同时做张口呼吸，以便放松肌肉。

3. 避免做弯腰、长期站立或上举重物等动作，以防止腰部肌肉痉挛，加重疼痛。

（二）指导病人采取正确的坐位、卧位、站立、行走和劳动的姿势，以减少急、慢性损伤的发生机会

1. 侧卧位时髋部和膝部均应屈曲，双腿分开，上腿下垫一软枕，避免采取使脊柱弯曲的“蜷缩”姿势；仰卧位时可在膝下和腿下各垫一软枕，避免头部前倾和胸部凹陷的错误姿势；俯卧位时则可在腹部及踝部各垫一薄枕，以使背部脊柱的肌肉放松。

2. 保持正确的坐位、行走和站立的姿势。坐位时应选择高度合适的、有扶手的靠背椅，注意保持身体和桌子之间的适当距离，并使膝部和髋部保持在同一水平，身体靠向椅背，并在腰部衬一靠垫；行走时应抬头、挺胸、收腹，因为腹肌有助于支持腰部；站立时则应尽量使腰部平坦伸直，收腹，提臀。

3. 经常改变体位。避免以相同姿势久站或久坐；长时间伏案工作者，应积极参加工间操等体育活动，以避免肌肉的慢性劳损。

4. 采取正确的劳动姿势，节省体力，避免损伤。如站位举重物时，应高于肘部；蹲位举重物时，背部应伸直勿弯曲；搬运重物时宁推勿拉，且应将髋部和膝部均弯曲下蹲，而腰背部伸直，主要借助于大腿肌肉的力量，用力抬起重物再行走，避免采取不舒适或紧张的姿势。

5. 在医生的许可下，积极参加适当的体育锻炼，尤其是腰背部肌肉的功能锻炼，以增加脊柱的稳定性，但禁忌过量运动。还应注意活动前先有预备活动；活动时避免腰背部过伸，或做一些易导致腰痛的动作，如直腿抬高或弯腿；活动后还要有一些恢复运动。切忌活动时突然开始，突然停止，应循序渐进。

二十九、腰椎管狭窄症

【疾病知识】

（一）腰椎管狭窄症是指腰椎管因某种原因发生骨性或纤维性结构异常，导致一处或多处管腔狭窄，使得马尾神经或神经根受压而引起的一种综合征，多发生在40岁以上的病人

其发病原因分为先天性和后天性两类，前者主要是由于骨发育不良所致，后者常见于椎管的退行性变。而最常见的原因是在椎管发育不良的基础上又发生退行性变。

椎管发育不良及退行性变使椎管容积缩小，压力加大，导致椎管内的神经、血管等组织受压或缺血，从而出现马尾神经或神经根受压的症状。

（二）腰椎管狭窄症主要表现

1. 症状：（1）神经源性马尾间歇性跛行：大多数病人表现为在行走几百米或更短的距离后，出现下肢疼痛、麻木和无力，需要蹲下、弯腰或休息数分钟后，才能继续行走，但继续行走后又重复出现上述症状。这主要是由于肢体运动时，静脉回流血量增多，而椎管狭窄使得静脉回流受阻，造成血管扩张，加重了马尾神经或神经根受压迫的严重程度。（2）腰腿痛：表现为腰背部、腰骶部和（或）下肢疼痛，疼痛程度一般要比腰椎间盘突出症轻，但有慢性加重的趋势。其中，下肢的疼痛可为单侧或双侧。当病人处于站立位、过伸位或行走过久时，疼痛会有所加重，而当病人处于前屈位、蹲位和骑自行车时，疼痛则会减轻甚至消失。（3）马尾神经受压表现：病人出现双侧大小腿、足根后侧和会阴部感觉迟钝，以及大小便功能

障碍。

2. 体征。病人症状常常比体征要重，少数病人甚至不出现明显体征。（1）腰部后伸受限和压痛：为此病人常采取腰部前屈位，腰椎正常的生理性前凸减少或消失，下腰椎棘突旁有压痛。（2）感觉、运动和反射发生变化：不太典型，多见于有多条神经根受压的病人。

（三）治疗方法

1. 非手术治疗，见腰椎间盘突出症，多数病人能缓解症状。

2. 手术治疗。适用于（1）症状比较严重的，经非手术治疗无效的病人；（2）神经功能，特别是马尾神经功能障碍明显者；（3）多数混合性椎管狭窄的病人。手术的主要目的在于解除病变对硬脊膜和神经根的压迫。手术方法包括椎板切除、上关节突出和椎板切除、神经根管扩大和神经根粘连松解等，必要时同期施行脊柱融合内固定术。

（四）病人可进行影像学检查

腰椎X线片可显示椎体等病变部位的退行性变，还可测量腰椎管的管径。椎管造影辅助诊断的价值比较高，但副作用较大。CT和MRI检查有一定参考价值。

【护理知识】

（一）除基础护理外，要注意减轻病人的疼痛

绝对要卧硬板床休息，因为卧位时可减轻负重和体重对椎间盘的压力，缓解疼痛。卧床3周后，可遵医嘱戴腰围下床活动，腰围能加强腰椎的稳定性，并起到保护和制动的作用。应协助病人在床上翻身，同时张口呼吸，以放松肌肉。避免弯腰、长期站立或上举重物，以防腰部肌肉痉挛，加重疼痛。有

脊髓受压者，应戴腰围 3—6 个月，直至压迫症状解除。

（二）指导病人采取正确的坐姿、卧姿、站立、行走和劳动的姿势，减少损伤的发生

1. 侧卧时屈曲髋部和膝部，双腿分开，上腿下面垫一软枕，避免“蜷缩”的姿势；仰卧时可在膝部和腿下各垫一枕，避免头部前倾和胸部凹陷的姿势；俯卧时可在腹部及踝部各垫一薄枕，以放松脊柱肌肉。

2. 行走时应抬头、挺胸、收腹，腹肌有助于支持腰部；坐时最好用高度合适、有扶手的靠背椅，注意保持身体和桌子之间的适当距离，并使膝部和髋部保持在同一水平，身体靠向椅背，并在腰部垫一个靠垫；站立时则应尽量伸直腰部，收腹并提臀。

3. 经常变换姿势，避免以相同姿势久站或久坐。长时间伏案工作时，应积极参加工间操等体育活动，以避免慢性肌肉劳损。

4. 采取正确的劳动姿势，节省体力，避免损伤：站位举起重物时，应高于肘部；蹲位举起重物时，背部应伸直勿弯；搬运重物时，宁推勿拉，并将髋部和膝部弯曲下蹲，而腰背伸直，主要借助大腿肌肉的力量，用力抬起重物再行走，勿采取不舒适的或紧张的体位。

5. 遵医嘱积极参加适当的体育运动，尤其注意锻炼腰背部肌肉的功能，以增加脊柱的稳定性。活动前应先有预备运动；活动时避免腰部和背部过伸，或做一些直腿抬高或弯腿等易导致腰痛的动作。同时切忌活动突然开始，突然停止，应循序渐进。

第六章 妇科疾病及护理

一、外阴炎

【疾病知识】

（一）外阴炎主要是指外阴部皮肤、黏膜的炎症，以大、小阴唇多见

由于女性生殖器解剖特点外阴部暴露，外阴又与尿道、阴道、肛门相邻，所以易发生感染。外阴部炎症可以由于阴道分泌物增多或分泌物刺激外阴皮肤所致，尿失禁时尿液污染外阴，穿化纤内裤、紧身衣致局部透气性差，外阴不洁，细菌感染都可以引起外阴炎。

（二）症状表现

患外阴炎常常感觉外阴瘙痒、疼痛、灼热，性交及排尿时程度加重。局部红肿、湿疹、偶见溃疡，皮肤粗糙或呈棕色改变。

（三）外阴炎治疗主要是去除病因及物理因素

积极治疗阴道炎、尿瘘、粪瘘、糖尿病。注意个人卫生，保持外阴清洁、干燥。外阴可用 1：5000 高锰酸钾溶液坐浴，每日 2 次，若有破溃可涂抗菌素软膏。

【护理知识】

（一）注意有无白带增多，粪便刺激皮肤引起的不适

（二）保持外阴清洁干燥，在月经期、孕期、产褥期尤为重要，每天清洗外阴更换内裤

最好穿棉织内衣裤，不要穿化纤内裤和紧身衣。不要搔抓皮肤，否则造成外阴皮肤破溃或细菌感染。腹压增加致尿失禁者应做腹肌训练。

（三）局部坐浴

1. 外阴炎、阴道炎、尿道炎、膀胱炎、外阴、阴道、肛门手术前准备，术后治疗都可进行局部坐浴。

2. 局部坐浴要准备坐浴盆、1∶5000 高锰酸钾溶液 3000 毫升。

3. 操作要领。

（1）洗净坐浴盆。

（2）取 0.6 克高锰酸钾放入坐浴盆，加温白开水 3000 毫升，温度 41℃～43℃，手感温度适宜。

（3）排尿。

（4）关好门窗，注意保温。

（5）脱去下衣，坐在坐浴盆内，身体向前倾，使外阴全部浸泡在液体中。

（6）坐浴 20 分钟后起身，擦干外阴，穿好衣服。

4. 注意事项。

（1）坐浴盆应专用，避免交叉感染。

（2）高锰酸钾要充分溶化，避免烧伤。

（3）坐浴液温度要适宜，不要过高、过低，过高造成烫伤，过低血管收缩则无作用。

（4）坐浴期间应注意自己身体状况，感觉不舒服应及时结束坐浴。

（5）月经期、妊娠期、阴道出血、产后 7 天内禁止坐浴。

二、前庭大腺炎

【疾病知识】

（一）前庭大腺位于大阴唇深处，腺体开口在小阴唇与处女膜之间，当细菌侵入腺管内致腺管充血、水肿称为前庭大腺炎

如炎性渗出物堵塞管口，脓液积聚不能外流则形成前庭大腺脓肿。若急性炎症消退，脓液转清则形成前庭大腺囊肿。

（二）患者自觉大阴唇下 1/3 处疼痛、小阴唇内侧有一囊性肿块并有波动感，严重时走路困难

外阴皮肤红肿、发热、压痛明显，可伴发烧，偶见腹股沟淋巴结肿大。当脓肿形成时触之有波动感，脓肿直径可达 1～2 厘米，大者可达 5～6 厘米。脓肿可自行破溃，引流良好者，炎症消退而自愈；否则引流不畅，炎症持续不退或反复发作。

（三）治疗原则

小脓肿可自然吸收不需治疗。大脓肿形成可切开引流和造口术。手术简便且能保持腺体功能，注意术后伤口护理。

【护理知识】

（一）注意外阴清洁卫生

月经期、产褥期禁止性交，经期应使用消毒卫生巾预防感染。

（二）急性期卧床休息，减少活动

（三）切开引流和造口术后要引流

每日换药一次，用洗必泰棉球擦洗外阴 2 次/日，伤口愈

合后可用 1/8000 呋喃西林溶液坐浴 2 次/日。

三、老年性阴道炎

【疾病知识】

（一）老年性阴道炎常见于绝经后妇女

引起老年性阴道炎的是由于绝经后卵巢功能减退，雌激素水平降低，导致局部抵抗力下降，病菌易入侵并繁殖引起炎症。

（二）发病原因

老年人之所以容易发生老年性阴道炎这是由于妇女自围绝经期（更年期）外阴组织就开始逐渐出现退行性变，表现为外阴皮肤变薄，皮下脂肪减少，弹力纤维弹性减弱至消失，整个外阴部变得松弛。

小阴唇变薄而逐渐萎缩，阴道口缩窄变小，弹性降低，前庭大腺及阴道黏膜分泌物减少。外阴瘙痒、阴道黏膜外翻，尿道括约肌松弛而功能下降，会发生泌尿系统感染、咳嗽后尿失禁和老年性阴道炎。妇女手术切除卵巢或盆腔放射治疗后，雌激素水平降低，阴道自净作用减弱，使致病菌易入侵并繁殖，也可引起老年性阴道炎。

（三）临床表现

老年性阴道炎表现为白带增多，多为黄水状，伴严重感染时白带可呈脓性，有臭味，黏膜有表浅溃疡时，分泌物可为血性，有的病人可有点滴出血，可伴外阴痒、灼热、尿频、尿疼、尿失禁症状。慢性炎症、溃疡还可引起阴道粘连，导致阴道闭锁。若炎症分泌物引流不畅可形成阴道积脓甚至宫腔积脓。

（四）治疗原则是增强阴道抵抗力及抑制细菌生长

可用0.5%醋酸或1%乳酸阴道灌洗，每日1次。灌洗后局部上药如氧氟沙星100毫克或甲硝唑200毫克等。可口服尼尔雌醇或小剂量雌激素。

【护理知识】

（一）妇女要了解保健知识，保持外阴清洁，勤换内裤

穿棉织内裤，减少刺激，雌激素替代治疗应在医生指导下进行。

（二）注意白带性状、量、气味，有无外阴瘙痒、灼热、尿频、尿急等膀胱刺激症状

（三）阴道灌洗后或清洗外阴后方可阴道后上药

为保证药物局部作用时间，临睡前上药，上药前先洗净双手以免感染，用一食指将药片向阴道深处推进至食指完全深入为止。每天上药1次，10次为一疗程。

【用药知识】

（一）尼尔雌醇

口服，首次4毫克，以后每2—4周1次，每次2毫克，维持2—3个月。

尼尔雌醇作用于阴道黏膜，服药后可使阴道黏膜由干燥变为湿润，阴道脱落细胞中表层细胞增多，提高阴道上皮抗感染能力。

（二）尼尔雌醇副作用

某些妇女可能出现白带增多、乳房胀痛、头痛、腹胀。一般不需停药。若有阴道多量出血时应停药。也有高血压现象，偶有肝功能损害。

四、滴虫阴道炎

【疾病知识】

（一）滴虫阴道炎是由阴道毛滴虫引起，是阴道最常见的一种阴道炎症

滴虫生活能力很强，此症常常在月经期前后发作。滴虫还可寄生于尿道、尿道旁腺、膀胱、肾盂以及男性包皮褶、尿道、前列腺引起炎症。

（二）滴虫阴道炎容易相互传染

经过性交传播是最常见的一种传染方式，也可经游泳池、浴盆、厕所、器械、衣物等进行传播。

（三）滴虫性阴道炎典型症状是阴道分泌物增加、瘙痒，分泌物呈稀薄泡沫状

若有其他细菌混合感染白带可呈黄绿色、血性、脓性且有臭味，外阴瘙痒部位在阴道口和外阴，局部灼热、疼痛、性交痛，阴道黏膜充血，严重时有散在的出血点。少数滴虫感染者无以上症状，称为带虫者。

（四）辅助检查

悬滴法：阳性率可达 80%～90%。培养法：可用培养基培养，准确率可达 98%。

（五）滴虫阴道炎治疗包括局部治疗和全身治疗

此症常在月经期后复发，应在每次月经后复查，连续 3 个月阴性称为治愈。夫妻双方要同时治疗，切断性传染途径。

1. 局部治疗。使用 0.5%醋酸、1%乳酸、1∶5000 高锰酸钾溶液阴道灌洗 1/日，灭滴灵 1 片/日置阴道穹隆部，7—

10 天为一疗程。

2. 全身治疗。甲硝唑（灭滴灵）每次 200 毫克，每日 3 次，共 7 天。偶有胃肠道不良反应，妊娠期、哺乳期妇女慎用。

【护理知识】

（一）观察阴道分泌物量、性状、气味、局部瘙痒及疼痛

（二）患病期间避免性交以免交叉感染

（三）病人自我护理

保持外阴清洁、干燥，避免搔抓外阴以免皮肤破损，每天换内裤，洗外阴，毛巾应煮沸消毒 5—10 分钟，保证治疗效果。便盆、外阴用盆应隔离，用后要消毒。

（四）正确用药，积极治疗

（五）月经干净后要复查滴虫，连续三个月阴性为治愈标准

【用药知识】

（一）甲硝唑具有强大的杀灭滴虫作用而不影响阴道正常菌丛的生长，为治疗阴道滴虫病的首选药物，也用于各种厌氧菌感染

（二）用药剂量

甲硝唑片剂 0.2 克/片。栓剂：0.5 克/粒，1 克/粒。成人量每次 200 毫克，每日 3 次，同时每晚置 200 毫克栓剂于阴道内连用 7 天，为保证疗效，须夫妻同时治疗。

（三）副作用

大量服用常见胃肠道反应，口中常有金属味，偶见舌炎、口炎、头痛、头晕等一般可忍受，停药后症状消失。过敏反应

可有荨麻疹、皮疹，服药期间可发生白细胞减少，一般停药后可恢复。妊娠头三个月禁用，妊娠三个月后、严重肝病患者、血液恶液质患者慎用。

五、念珠菌阴道炎

【疾病知识】

（一）念珠菌阴道炎是由白色念珠菌引起，其发病率仅次于滴虫阴道炎

致病菌是白色念珠菌，此菌不耐热，当加热至60℃持续1小时即刻死亡，但对干燥、日光、紫外线及化学试剂等抵抗力较强。念珠菌可存在于口腔、肠道、阴道黏膜而不引起此症，当阴道内糖原增多，酸度增加时最适合念珠菌繁殖，所以孕妇、糖尿病患者、大量雌激素治疗、长期应用抗菌素者易患此症。

（二）病症表现

患者自觉外阴、阴道特别痒，使患者坐卧不宁，痛苦异常，还可有尿疼、尿频、性交痛，阴道分泌物为干酪样白带或豆渣样白带。小阴唇内侧、阴道黏膜红肿并附着白色块状容易剥离的薄膜，薄膜下为糜烂及溃疡面。

（三）辅助检查

悬滴检查：在低倍镜下检查可见白色念珠菌芽孢和菌丝。有症状但悬滴法阴性者可采用培养法。

（四）念珠菌阴道炎的治疗应首先祛除诱因

积极治疗糖尿病，如是长期应用广谱抗菌素、雌激素者应停药。局部治疗是用2%～4%碳酸氢钠阴道灌洗，灌洗后置

制霉菌素于阴道内或涂擦外阴。全身治疗是口服伊曲康唑或氟康唑。

【护理知识】

（一）观察阴道分泌物量、性状、气味

（二）学习健康知识

养成良好的卫生习惯，每天洗外阴、换内裤。了解疾病原因，消除顾虑积极就医。有瘙痒者切忌搔抓。

（三）积极治疗糖尿病

正确使用抗菌素、雌激素，避免诱发念珠菌阴道炎。

（四）阴道灌洗每日 1 次

（五）孕妇要积极治疗，否则阴道分娩时新生儿易受传染发生鹅口疮

【用药知识】

（一）制霉菌素（米可定）

每片 10 万单位，每片 25 万单位。24—72 小时达最大效应时间，母乳喂养安全。用于局部治疗白色念珠菌引起的外阴阴道炎、皮肤和胃肠道感染、口腔感染。治疗念珠菌阴道炎制霉菌素每晚 1—2 片或 1—2 粒置于阴道内。偶有局部刺激症状。

（二）伊曲康唑

胶囊剂 0.1 克/粒。治疗念珠菌阴道炎 200 毫克，每日一次连用 3—5 天。有恶心及其他胃肠道反应，还可出现低钾血症和水肿。

（三）氟康唑（大扶康）

片剂：50 毫克/片，胶囊剂：50 毫克/粒。广谱抗真菌作

用，主要用于治疗念珠菌病、隐球菌病。治疗念珠菌阴道炎150毫克，顿服。最常见的不良反应是胃肠道反应，发生率10%，表现为恶心、腹痛、腹泻及胀气，其次为疱疹。1%患者可出现头痛、头晕、失眠。哺乳期妇女慎用。

六、慢性宫颈炎

【疾病知识】

（一）慢性宫颈炎多见分娩、流产或手术损伤宫颈，病原菌侵入而引起感染

主要致病菌是葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌、厌氧菌。

（二）慢性宫颈炎有以下几种病理变化

1. 宫颈糜烂。宫颈外口处的宫颈阴道部外观呈细颗粒状的红色区，称为宫颈糜烂。该部位鳞状上皮因炎症刺激而脱落，被柱状上皮所覆盖。临床分3型：

（1）单纯型糜烂：鳞状上皮脱落后由柱状上皮覆盖。

（2）颗粒型糜烂：炎症继续发展，柱状上皮过度增生并伴有间质增生，糜烂面凹凸不平呈颗粒状。

（3）乳突型糜烂：柱状上皮和间质继续增生，糜烂面高低不平更加明显呈乳突状。称为乳突型糜烂。

2. 宫颈肥大。由于慢性炎症的长期刺激，宫颈组织充血、水肿、腺体及间质增生，使宫颈肥大，但表面光滑，由于结缔组织增生而使宫颈硬度增加。

3. 宫颈息肉。慢性炎症长期刺激而使宫颈局部黏膜增生，子宫有排出异物的倾向，使增生的黏膜逐渐自基底层向宫颈外口突出而形成息肉，色红质脆易出血。由于炎症存在，息肉去

除后可复发。

4. 宫颈腺体囊肿。在宫颈糜烂愈合的过程中，新生的鳞状上皮覆盖宫颈腺管口或伸入腺管，将腺管口阻塞。腺管周围的结缔组织增生或瘢痕形成压迫腺管，使腺管变窄甚至堵塞，腺体分泌物引流受阻、潴留而形成囊肿。囊肿表面光滑呈白色或淡黄色。

5. 宫颈黏膜炎。病变局限于宫颈管内的黏膜及黏膜下组织，宫颈管黏膜增生向外口突出，宫颈口充血、发红、水肿，结缔组织增生致宫颈肥大。

（三）病症表现

主要表现为白带增多，由于病原体、炎症范围、程度不同，白带性状不同，多数呈乳白色粘液状，淡黄色脓性，若有宫颈息肉为血性白带或性交后出血。腰骶部疼痛，盆腔部下坠痛。不孕。检查可见宫颈有不同程度的糜烂、囊肿、肥大或息肉。

根据糜烂面积分度，轻度糜烂指糜烂面积小于宫颈面积的1/3；中度糜烂指糜烂面积占宫颈面积的 1/3—2/3；重度糜烂指糜烂面积大于宫颈面积的 2/3。

（四）慢性宫颈炎以局部治疗为主，在治疗前先作宫颈刮片细胞学检查排除早期宫颈癌

1. 物理疗法。用物理方法将宫颈糜烂面上皮破坏使之坏死脱落后，为新生的鳞状上皮覆盖。常用的方法有宫颈电烙、电熨、二氧化碳激光、冷冻。治疗时间在月经干净后 3—7 天之间。

2. 手术疗法。宫颈息肉可手术摘除，宫颈肥大、宫颈糜烂较深者且累积宫颈管者可宫颈锥型切除。

3. 药物疗法。适宜糜烂面小、炎症浸润较浅者，局部涂硝酸银、中药。

【护理知识】

（一）观察白带性状

有无血性白带或性交后出血、腰骶部疼痛，盆腔部下坠疼。

（二）学习防病知识

注意个人卫生，每天更换内裤，洗外阴，定期妇科检查。

（三）电烙、电熨、二氧化碳激光等物理治疗后分泌物增多，甚至有多量水样排液，在术后1—2周脱痂时可有少量出血

因此要保持外阴清洁，有条件者作阴道灌洗，每天清洗外阴两次，2个月内禁止性生活和盆浴。两次月经干净后复查，一般情况可痊愈，效果欠佳者可进行第二次治疗。

七、急性盆腔炎

【疾病知识】

（一）女性内生殖器及其周围结缔组织、盆腔腹膜发生炎症时称为盆腔炎，为妇科常见病

急性盆腔炎的病因是：

1. 经期卫生不良。在月经期子宫内膜剥脱后致该血窦扩张或有血块，这样就为细菌滋生提供了良好环境，如果经期不注意卫生，使用不洁卫生巾，月经期发生性交均可使致病菌侵入生殖道，通过上行蔓延引起盆腔炎。

2. 流产后、产后感染。流产后妊娠组织残留，阴道出血时间过长，手术器械消毒不严格；手术无菌操作不正确造成术后感染，阴道分娩后会阴侧切伤口、阴道黏膜损伤、宫颈口裂伤且未很好关闭，产后胎膜胎盘残留，均有利于病原菌侵入宫

腔引起感染。

3. 宫腔内手术操作引起感染。如放置或取下宫内节育环、刮宫、输卵管通气术、输卵管通液术、输卵管碘油造影术、宫腔镜检查、剖腹产等由于手术消毒不严格或原有慢性炎症，经手术干扰可引起急性发作或扩散。

4. 阑尾炎、腹膜炎等邻近器官的炎症经过直接蔓延也可致盆腔炎。

（二）病症表现

急性盆腔炎可分为急性子宫内膜炎、子宫肌炎、急性输卵管炎、输卵管积脓、输卵管卵巢脓肿，输卵管卵巢炎或附件炎、急性盆腔结缔组织炎、弥漫性腹膜炎，败血症及脓毒败血症。

1. 细菌经子宫颈淋巴蔓延至子宫旁结缔组织，首先侵入浆膜层引起输卵管周围炎，然后累及肌层，管腔仍通畅。输卵管若有充血、水肿、增粗、弯曲、纤维素脓性渗出与周围粘连时，称输卵管间质炎。输卵管内膜水肿炎细胞浸润至粘膜粘连，若脓液积聚于管腔内则形成输卵管积脓。

卵巢白膜是很好的防御屏障，但如果卵巢与发炎的伞端粘连而发生输卵管卵巢炎，也称附件炎。炎症侵入卵巢实质形成卵巢脓肿，脓肿可与输卵管粘连贯通形成输卵管卵巢脓肿，如脓肿破入腹腔则发生弥漫性腹膜炎。

生殖器官炎症或急性创伤时，病原体可经淋巴管进入盆腔结缔组织，而引起充血、水肿、中性粒细胞浸润，引起急性盆腔结缔组织炎。

盆腔内器官发生严重感染时，往往蔓延至盆腔腹膜，致腹膜充血、水肿、渗出造成脏器粘连，若有脓性渗出液积聚可形成小脓肿；积聚于直肠子宫陷凹处形成盆腔脓肿，脓肿也可破

入腹腔引起弥漫性腹膜炎。

当病原体毒性强，数量多，患者抵抗力下降时可发生败血症及脓毒败血症。

病人表现急性面容，开始下腹疼痛，发热，严重时体温38℃～40℃寒战、脉搏增快，食欲差。腹膜炎时可出现恶心、呕吐、腹胀、腹泻。膀胱刺激症状如尿痛、尿频、排尿困难；直肠刺激症状如腹泻、里急后重、排便困难。腹膜刺激症状如压痛、反跳痛、肌紧张。

妇科检查：阴道黏膜充血，脓性分泌物自宫颈口外流。宫颈举痛、宫体略大、压痛、活动受限，输卵管增粗压痛，若为输卵管卵巢囊肿可触及包块，宫旁结缔组织炎时可扪及宫旁一侧或两侧有片状增厚，可触及后穹隆或侧穹隆有肿块且有波动感。

（三）治疗原则包括支持疗法、抗菌素治疗、手术治疗

1. 支持疗法。卧床休息，输液纠正电解质紊乱及酸碱平衡，必要时输血，发烧时给物理降温。

2. 抗菌素治疗。根据细菌培养和药敏试验选择细菌敏感抗菌素。

3. 手术治疗。药物治疗无效者、病人中毒症状加重者可手术治疗以免脓肿破裂，对于可疑脓肿破裂者需立即开腹探查。

【护理知识】

（一）观察病人反应

观察有无下腹疼痛、发热、寒战，饮食营养情况、大小便情况，有无食欲不振、恶心、呕吐、腹胀、腹泻及尿疼、尿频、排尿困难、里急后重情况。

（二）观察病情变化

观察面色、测量体温、脉搏，体温过高应给予物理降温。有无脓性分泌物、局部压痛、炎性包块。

（三）卧床休息

取半卧位，半卧位时盆腔位置相对较低，有利于脓性积液积聚于直肠子宫凹陷而使炎症吸收或局限。

（四）多饮水，静脉输液保证基本入量，输液量每日 2500～3000 毫升，纠正电解质紊乱及酸碱平衡

（五）遵医嘱准确给予抗菌素治疗并注意过敏反应

腹胀时可胃肠减压，观察恶心、呕吐、腹胀现象是否减轻。观察有无腹膜刺激症状。

（六）学习健康教育知识，如月经期、孕期、产褥期保健知识

【用药知识】

（一）阿莫西林

抗菌作用强。胶囊剂：0.25 克 1 粒。每日 0.75～1 克。给药时间间隔 8 小时。对头孢菌素类药物过敏者慎用。本品可经乳汁排出，乳母使用本品可使婴儿致敏，哺乳期妇女应慎用。

（二）氧氟沙星

具有抗菌作用强、组织浓度高、口服吸收好、与其他常用抗菌药无交叉耐药性、不良反应相对较少的特点，已成为临床治疗细菌感染性疾病的主要的药物。片剂 0.1 克/片。200～800 毫克/天，分 1—3 次服。轻症盆腔炎性疾病：口服 400 毫克，一日 2 次，连用 14 日，联合甲硝唑 500 毫克，口服，一日 2 次，连用 14 日。肾功能减退时宜减量，肝功能减退者用

药须权衡利弊。

（三）红霉素

片剂（肠溶）0.1 克/片，0.125 克/片，每日 0.75～1.5 克，6—8 小时一次。可有腹泻、恶心、呕吐、胃绞痛、食欲差反应。此品可透过胎盘屏障和进入母乳，孕妇和哺乳妇女慎用。

八、慢性盆腔炎

【疾病知识】

（一）慢性盆腔炎常因急性盆腔炎治疗不彻底、不及时或病人体质较弱，炎症可迁延为慢性

慢性盆腔炎病程长，在月经期症状加重，肌体抵抗力下降时反复发作，不仅严重影响妇女健康、生活、工作，也造成家庭与社会负担。

慢性输卵管炎多为双侧，输卵管呈轻度或中度肿大，伞端可闭锁并与周围组织粘连。

当输卵管炎症波及卵巢时可互相粘连形成炎性包块，或伞端与卵巢粘连贯通液体渗出而形成输卵管卵巢脓肿，脓液被吸收后可形成输卵管卵巢囊肿。

炎症蔓延宫骶韧带使纤维组织增生、变硬。子宫固定，宫颈旁组织也增厚变硬，向外呈扇形扩散达盆壁而形成冰冻骨盆，亦称慢性盆腔结缔组织炎。

（二）症状表现为低热、全身不适、易疲劳

下腹痛、腰痛、肛门坠胀、月经期或性交后症状加重，也可有月经不调，痛经或经期延长。由于输卵管阻塞而致不孕。

子宫常后位，活动受限，粘连固定，输卵管炎可在子宫一侧或两侧触到增厚的输卵管呈条索状，输卵管卵巢积水或囊肿可摸到囊性肿物。

（三）中药治疗

以清热利湿、活血化淤、温经散寒、行气活血为主，也可用中药外敷腹部或小量灌肠。也可采用物理疗法如短波、超短波、离子透入、泥疗、蜡疗等。可以促进盆腔局部血液循环，改善组织的营养状况，提高新陈代谢，以利炎症的吸收和消退。应用抗菌素治疗同时使用透明脂酸酶和地塞米松，提高疗效。输卵管积水、输卵管卵巢囊肿可手术治疗。

【护理知识】

（一）观察症状及体温变化情况

是否易疲劳、评估疲劳程度。下腹部、腰部疼痛的性质与月经及性交的关系，月经周期是否正常。

（二）注意个人卫生，尤其经期卫生

控制性生活，以防反复感染，加重病情。安排好日常生活，避免过度疲劳，坚持每天参加适合个人的体育锻炼，如慢跑、散步、跳绳、踢毽、打太极拳、各种球类等增强体质和免疫力。增强战胜疾病的信心。

（三）药物治疗要明确用药的剂量、方法及注意事项，抗菌素不宜使用过长

（四）腹痛、腰痛时注意休息，防止受凉

饮食要注意温度，经期禁用冷水及食用生冷食品。必要时可遵医嘱给予镇静止痛药以缓解症状。

（五）睡眠不佳，应在睡眠前热水泡脚

关闭照明设施。保持室内安静或在睡前进行按摩，必要时

服用镇静药物。

（六）需要手术者应做好术前准备和术后护理

【用药知识】

（一）应用抗菌素治疗

同时使用透明脂酸酶1500U，肌肉注射，隔日一次7—10天为一疗程，以利分解粘连和炎症的吸收。

（二）在某些情况下抗生素与地塞米松同时应用

口服地塞米松0.75毫克，每日3次，停药前地塞米松逐渐减量。

九、子宫脱垂

【疾病知识】

（一）子宫脱垂

子宫位于盆腔中央，膀胱与直肠之间，下端接阴道，两侧有输卵管和卵巢。子宫正常位置呈轻度前倾前屈位，主要靠子宫韧带及骨盆底肌和筋膜的支托作用。子宫脱垂是指子宫从正常位置沿阴道下降，宫颈外口达坐骨棘水平以下，甚至子宫全部脱出于阴道口外。常伴有阴道前后壁膨出。

（二）造成子宫脱垂的原因

主要是分娩损伤、产褥期早期体力劳动，老年妇女因慢性支气管炎、肺气肿引起咳嗽、习惯性便秘等使腹压持续增高也可导致子宫脱垂。妇女进入老年期后，生殖器官发生退行性变，盆底组织松弛减弱对子宫的支托作用而发生子宫脱垂。

（三）子宫脱垂分度

一度轻型：宫颈外口距离处女膜缘小于4厘米，但未达处女膜缘；一度重型：宫颈已达处女膜缘，但未超出，在阴道口可见到宫颈。二度轻型：宫颈已脱出阴道口，但宫体仍在阴道内；二度重型：宫颈或部分宫体已脱出阴道。三度：子宫颈和子宫体全部脱出阴道口。

（四）子宫脱垂表现为下坠感及腰背酸痛

肿物自阴道脱出，排尿困难，排便困难，腹压增加时可见子宫脱出，膀胱、直肠膨出，脱出的子宫可发生溃疡，出血、脓性分泌物。腹压增加时出现尿失禁。

（五）治疗

减少腹压，积极治疗引起腹压增加的疾病和症状，加强营养，使用子宫托。二度以上子宫脱垂可考虑手术治疗。

【护理知识】

（一）产褥期妇女应注意休息，不宜过早下地活动，更不应参加重体力劳动

（二）加强盆底肌肉、肛门肌肉的运动锻炼，增加盆底肌肉、肛门括约肌的张力

方法1：坐木椅上，双脚交叉，双手放于大腿上，不用力气，反复交替做起立、坐下两种动作，反复30～50次。

方法2：收缩肛门的动作，坐木椅上，交替做收缩、放松肛门动作，反复30～50次。

（三）使用子宫托

1. 选择大小适宜的子宫托。

2. 排尽大小便，并洗净双手。

3. 病人蹲下，两腿分开，一手持子宫托盘呈倾斜位进入

阴道，将托柄边向内推边向阴道顶端旋转，直至托盘达子宫颈；然后，将托柄弯度朝前，对正耻骨弓后面便可。

4. 取子宫托时，手指捏住子宫托的柄部，上、下、左、右轻轻摇动，等待负压消失后向后外方牵拉，子宫托可自阴道滑出。

5. 注意事项。

（1）应每天早晨放入子宫托，睡前取出，消毒后备用。

（2）用后第 1、3、6 个月时检查 1 次，以后每 3—4 月到医院检查 1 次。

（四）子宫切除术病人手术后注意事项

1. 术后休息 3 个月。

2. 术后 2 个月内避免提举重物，半年内避免重体力劳动。

3. 避免从事增加盆腔充血的活动，如跳舞、久站等。

4. 避免阴道冲洗和性生活。

5. 出现阴道流血、异常分泌物应报告医师。

6. 出院 1 个月、3 个月复查。

十、子宫颈癌

【疾病知识】

（一）子宫颈癌是女性生殖器官最常见的恶性肿瘤之一

发病率在女性恶性肿瘤中仅次于乳腺癌位居第二位，发病高峰年龄为 50—65 岁。随着我国妇女保健工作，健康教育工作的开展，人们防癌意识的提高及广泛的普查普治工作，使子宫颈癌的发病率和死亡率呈逐年下降趋势。

目前，对子宫颈癌的确切病因尚不清楚。根据国内外大量

资料表明，宫颈癌的发病可能与早婚、早育、多产、慢性宫颈炎及性生活紊乱有关。凡与有阴茎癌、前列腺癌或前妻曾患有宫颈癌的男性有性接触的妇女，其宫颈癌的发病率也会增加。此外，宫颈癌的发病率还与经济状况、种族和地理因素等有关，相反在某些特定人群如未婚女子或在修道院的女子宫颈癌的发生率特别低。

（二）宫颈癌在早期无明显的不舒适症状，常表现为房事后或进行妇科检查后有接触性出血或血性白带

随着病情的发展，阴道出血量增多，同时出现阴道排液，最初也是量不多、无味，随着癌瘤组织的坏死、破溃、阴道排液增多，表现为洗肉水样、有腥臭味。晚期癌瘤因有感染的因素则表现为大量脓性或米汤样恶臭白带。还可表现出腰骶部疼痛、或下肢疼痛、肿胀等。如癌瘤侵犯到膀胱或直肠，可表现出尿频、尿痛、血尿或出现肛门坠胀、便血、总想排便，便形改变及排便困难等症状。

（三）宫颈癌的治疗已有一百多年的历史，在这一期间曾有过各种各样的治疗方法，在当时也都认为是取得了比较满意的治疗效果

但是，目前宫颈癌的治疗是根据病人的不同发病阶段、肿瘤的不同类型、每个人的年龄与自身健康状况而采取手术、放射治疗与化学药物治疗相结合的方法，尤其是放射治疗可广泛用于宫颈癌发病的各时期。

【护理知识】

（一）提高妇女自我保健常识，做到定期进行妇科检查，以便及时发现异常得到及时治疗

一般妇女应每1—2年进行一次妇科检查，围绝经期及绝

经后的妇女有接触性出血、血性白带或异常阴道出血者均应及时到医院就诊，同时应积极治疗宫颈疾病如宫颈炎症等。

（二）树立战胜疾病的信心

学会应用积极的应对方法，缓解心理压力，能寻求家属、朋友的支持和帮助。

（三）对于需要住院治疗的病人，应积极配合医院采取的各种治疗方案，不隐瞒病情，以达到良好的治疗效果

（四）饮食与营养

对宫颈癌出血多，需行手术或放射治疗与化学治疗的病人，要注意加强营养，多进食含有高热量、高蛋白、高维生素等食物。对出血多、身体虚弱者可食用阿胶、红枣、枸杞子等以补气血不足。

（五）术后康复

1. 术后 2 个月内应避免抬举重物，防止正在愈合的腹部肌肉用力，以免影响伤口愈合。

2. 未经医师同意，避免进行阴道冲洗和性生活，否则会引起感染影响阴道伤口愈合。避免从事会增加盆腔充血的活动如跳舞，长时间站立等。

3. 出现阴道流血、异常分泌物应及时就医。

4. 根据身体康复情况逐渐增加活动量和强度，适当参加社交活动或恢复工作，性生活的恢复需依术后复查结果而决定。

（六）出院随访

首先出院后要定期随访，一般认为：出院后第一年，首次随访在出院后 1 个月，以后每 2—3 个月复查 1 次。出院后第二年，每 3—6 个月复查 1 次。出院后 3—5 年，每半年复查 1 次。第六年开始每年复查 1 次。如在随访期间出现任何症状应

及时到医院诊治。

十一、子宫内膜癌

【疾病知识】

（一）子宫内膜癌是女性生殖器官常见的恶性肿瘤之一

其发病年龄多在60—70岁。近几十年来随着人口的老龄化，妇女寿命的延长，子宫内膜癌的发病率呈逐渐上升的趋势。因为子宫内膜癌是常发于高龄妇女，因此特别要引起老年妇女关注。

目前，对于子宫内膜癌的确切病因尚不清楚，但大都认为与雌激素对子宫内膜长期不断刺激有关。根据国内外大量的临床病例表明，肥胖、糖尿病、高血压、不孕或未产妇女是子宫内膜癌的高危险因素，因为她们体内的雌激素水平高。多年来的研究结果证实糖尿病病人患子宫内膜癌的危险性比正常人增加2.8倍。高血压病人患子宫内膜癌的危险性比血压正常者增加1.5倍。绝经推迟到52岁以后的妇女发生子宫内膜癌的危险性比其他人高，应特别警惕子宫内膜癌的发生。另外，自20世纪60年代以来，认为雌激素对围绝经期综合症及骨质疏松的妇女有明显的改善作用，因此被广泛的应用，但随着用药时间的延长，子宫内膜癌发生的危险也在增加。因此认为应用雌激素治疗时应尽可能用小剂量，同时合并用孕激素。

（二）发病症状

子宫内膜癌突出症状是不正常阴道出血，量一般不多，常表现为绝经后阴道出血，对于尚未绝经者则表现为经期延长，经量增多及月经期间的异常出血。

另外在发病早期有水样或水样血性白带，晚期有感染时可出现有臭味的脓性或脓血性白带。当癌组织堵塞子宫颈口时，有宫腔积液、积脓，常表现出下腹部胀痛或痉挛性子宫收缩痛。随着癌瘤的生长扩散压迫神经出现下腹部与腰骶部疼痛并向下肢或足部放射。

（三）子宫内膜癌的治疗，原则上是以手术为主

当然还要根据病情的不同发展阶段在手术前或手术后有选择的合并放射治疗、化学治疗或孕激素类药物治疗。对于健康状况差，病情已到晚期或复发不能手术者，可采用单纯的放射治疗、化学治疗、孕激素治疗或孕激素联合的放疗与化疗。

【护理知识】

（一）要定期进行妇科检查，对生育期、绝经期的妇女一般1—2年检查一次

对合并有内科疾病，如肥胖、高血压、糖尿病等应增加检查次数。对用雌激素治疗围绝经期综合症及骨质疏松症的妇女应严格在医生指导下用药，并加强监护同时还包括那些延迟绝经（即52岁以后绝经者）都应提高警惕。

（二）子宫内膜癌多发生于围绝经期及绝经后的妇女

这一时期的妇女由于卵巢萎缩，体内激素水平的改变，对疾病的心理反应加重，所以自己应选择积极有效的应对方式，如听音乐分散注意力，向家人、朋友或医务人员述说心理感受，以减轻心理压力，从而正确认识疾病。

（三）对于需住院行手术或放疗、化疗的病人应尽量向医护人员了解有关疾病的知识

治疗方法以使自己有充分的思想准备，能积极配合医院所采取的治疗方案，取得最佳治疗效果。

（四）对于采用孕激素治疗的病人，应了解用药的重要性，掌握口服药物的方法及服药后所出现的副作用

如在用孕激素治疗时可能导致水钠潴留造成水肿、药物性肝炎，但停药后这些不良反应会慢慢缓解消失。在采取抗雌激素药物治疗时，可能会出现潮热、畏寒等类似围绝经期时的反应，有的病人还会出现阴道出血、恶心、呕吐等症状，应及时到医院就诊。

（五）对经手术、放疗或化疗的病人出院后应及时到医院复查

一般是在出院后一个月、三个月及半年，如医师告知无复发可根据复查结果适当延长复查时间。

（六）性生活的恢复需根据术后复查结果而决定，对治疗后阴道分泌物减少、性交困难、疼痛的病人应局部使用润滑剂如凡士林油膏等

十二、卵巢肿瘤

【疾病知识】

（一）卵巢肿瘤是女性生殖器官常见的肿瘤，可发生于任何年龄

其中良性肿瘤大约占75%，多发生于生育年龄阶段的妇女；恶性肿瘤约占25%，多发生于中老年妇女。卵巢恶性肿瘤在女性生殖系统肿瘤中居第三位，仅次于宫颈癌与宫体癌，但其死亡率却超过宫颈癌与宫体癌两者之和。

卵巢是人体内较小的器官，却是肿瘤的好发部位。卵巢肿瘤除原发于卵巢本身外，还可以由身体其他器官的肿瘤转移而

来。卵巢肿瘤分为良性、恶性及良恶交界性。目前认为卵巢癌的发生是许多因素综合作用的结果。约20%～25%卵巢恶性肿瘤患者有家族史。另外还可能与高胆固醇饮食、内分泌因素、病毒感染、化学物质刺激等因素有关。由于卵巢位于盆腔内，无法像子宫颈癌和子宫内膜癌那样与身体外界相通能直接窥视，做到早期检查诊断，再加之卵巢肿瘤早期常无症状，一旦发现恶性肿瘤时，往往已到晚期。

（二）卵巢良性肿瘤发展缓慢

初期在肿瘤较小时多无症状，当肿瘤增长至中等大小时，常感到腹胀或下腹部触到一肿块。当肿瘤占满盆腔可出现压迫症状，当肿瘤压迫膀胱时可出现尿频、尿急、排尿困难及尿潴留，当压迫直肠时可出现便秘或排便不畅，当肿瘤再继续增长超出了盆腔的容量可出现心慌、气短等症状。

恶性卵巢肿瘤早期也多无症状，有的患者早期可有下腹部、髂窝及腰骶部隐痛、坠胀和不适感，但这些症状多不严重，往往不足以引起患者的重视。当肿瘤增大明显常常伴发有腹水、腹胀、腹围明显增长或有腹痛感觉时，才促使患者就医。此时病情往往已不属早期。患者除了一系列盆腔压迫症状外（如在良性卵巢瘤中所述）当腹腔压力增大及胃肠道转移及压迫时可导致患者食欲不振、进食困难、恶心呕吐及消瘦乏力等。另外，当肿瘤向周围组织转移、扩散压迫神经则可引起腹痛、腰痛或下腹疼痛；压迫盆腔静脉血管可出现下肢水肿，晚期患者由于营养不良致低蛋白血症则全身水肿、贫血与明显消瘦等。

卵巢肿瘤有蒂。当瘤子长到中等大小，瘤蒂长，人体活动度大，突然改变体位或重心偏于一侧的肿瘤就会发生蒂扭转。当发生急性蒂扭转时，患者可突然感到一侧下腹部剧痛，常伴

有恶心、呕吐甚至休克。另外也可以因外伤、挤压或恶性卵巢肿瘤自发性破裂造成剧烈腹痛。当卵巢周围器官有感染发生时，也同样可以被牵涉到，而表现出发烧、腹痛、白细胞升高等甚至出现腹膜炎。

（三）原则上卵巢肿瘤一经医院给予明确诊断，即应手术治疗

对于手术范围当然要根据肿瘤的性质，是属于良性还是恶性，病变范围有多大，患者的年龄，一般健康状况及对手术的耐受力等。当然如果是恶性肿瘤还要辅以化疗。如果卵巢肿瘤合并发生蒂扭转、破裂造成急性腹痛等急腹症时，一旦确诊应立即手术。

【护理知识】

（一）要增强保健意识，老年妇女同样要定期到医院进行妇科检查，尤其目前超声检查已很普及，非常适于筛查和诊断卵巢肿瘤

绝经前后及老年妇女定期行B超检查可发现早期卵巢肿瘤，以便及时得到治疗。同时在饮食上也要注意，要加强高蛋白、高纤维素饮食，尤其富含维生素A的饮食，如用胡萝卜炒菜既经济又有效，避免高胆固醇饮食，少食动物内脏。

（二）关注患者心理

当被医院诊断为卵巢肿瘤时，如果是良性对于一般患者来说害怕做手术，当了解清楚手术后身体会完全康复，这种紧张的心理会放松一些。如果怀疑是恶性即会对患者产生极大的心理压力，这时需要来自家人及社会各方面的支持、劝慰以及医护人员对病情的耐心讲解，但是最重要的还是患者自己要积极面对，增强治愈的信心。

（三）手术治疗是卵巢肿瘤的主要治疗手段

当然如果是恶性还需要辅以化疗，这样患者就要有充分思想准备，积极配合医院所采取的各种治疗方案，以达预期的治疗效果。

（四）术后出院要定期复查

良性卵巢肿瘤术后 1 个月到医院复查，以后可根据肌体恢复情况逐渐加大活动强度。恶性卵巢肿瘤常辅以化疗，疗程多少因每个患者的病情而不同，有的病人需要长时间化疗，但是无论化疗的时间长与短，恶性卵巢肿瘤出院都要定期到医院复查，复查时间一般是术后一年内，每月 1 次；术后第二年每 3 个月 1 次；术后第三年每 6 个月 1 次；三年以上既可以每年复查 1 次。每个患者一定要做到按时复查，因为卵巢恶性肿瘤易于复发。另外凡是曾经患有乳腺癌，子宫内膜癌、胃肠道癌的患者在术后到医院复查时，一定要记住定期到妇科进行检查，以便及时发现这些地方的肿瘤会转移到卵巢上。

十三、围绝经期综合症

【疾病知识】

（一）绝经是每一个妇女生命过程中必然发生的生理过程

绝经告诉我们卵巢功能衰退，生殖功能终止。由于卵巢萎缩，体内雌激素水平下降，大约有 2/3 的妇女出现一系列因女性激素减少所导致的症状，这就是大家俗称的更年期症候群（现已改称为围绝经期综合症）。围绝经期综合症多发生在 45—55 岁之间，有的人可持续至绝经后 2—3 年，也有少数认可持续到绝经后 5—10 年症状才有所减轻或消失。但在围绝经

期妇女中有大约 1/3 的人能通过神经内分泌的自我调节达到新的平衡而无自觉不适症状，顺利渡过这一时期。

研究表明围绝经期综合症除了与女性激素减少而引起的一系列神经内分泌的平衡失调有关以外，还与种族、遗传因素，个体人格特征以及职业文化水平等有关。患绝经期综合症的妇女大多神经类型不稳定，或曾经有过较强烈的精神刺激或精神压抑的历史。另外认为经常从事体力劳动的妇女发生围绝经期综合症的较少，即使发生症状也较轻。

（二）围绝经期妇女的主要生理、心理表现

1. 月经改变。绝经前半数以上妇女出现月经不正常，月经周期有的短于 21 天；有的超过 35 天。经期延长、经量增多。多数妇女都要经历不同类型和时间的月经改变后而逐渐进入闭经，也有少数妇女没有月经改变而自然闭经。

2. 潮红、潮热。常常是围绝经期妇女最典型的症状。在没有任何外界因素干扰的情况下自觉从胸部向颈部及面部扩散的阵阵发热，同时这些部位的皮肤有弥散性或片状性发红，伴有出汗，出汗后又突然感到畏寒。一般这种潮红与潮热同时出现，多在凌晨突然睡醒时、傍晚或夜间、活动进食，穿衣盖被过多等热量增加的情况下或情绪激动时更容易发作。一般持续时间短者 30 秒左右，长则 4—5 分钟。症状轻者每日发作数次，重者十余次或更多，影响情绪、工作、睡眠，这种血管舒缩症状持续 1—2 年，有时可长达 5 年或更长时间。

3. 心血管疾病。围绝经期妇女可表现出血压升高或血压波动。绝经后妇女因为雌激素水平低下，而血胆固醇水平升高，因此易发生动脉粥样硬化，心肌缺血、心肌梗死、高血压和脑出血、脑栓塞。

4. 泌尿、生殖道症状。随着雌激素下降后造成外阴、阴道的萎缩，可出现外阴阴道发干，白带减少，性交疼痛，尿频、尿急、尿失禁同时还容易反复发作膀胱炎。另外乳房萎缩、下垂。

5. 骨质疏松。围绝经期过程中约有25%的妇女患有骨质疏松症，最后可能引起骨骼压缩使体格变小，严重者导致骨折的发生，骨折常常容易发生在桡骨远端（前臂上1/3部位）、股骨颈（大腿根部）、椎体等部位易发生，骨折将引起一系列问题，如疼痛、生活不能自理、甚至最终落得残障。

6. 皮肤和毛发的变化。皮肤皱纹增多加深，皮肤变薄、干燥；皮肤色素沉着出现色素斑点；有的还可以出现皮肤瘙痒、多汗、浮肿、烧灼痛及皮炎。绝经后大多数妇女出现毛发的分布改变，阴毛、腋毛有不同程度的丧失，躯体和四肢毛发增多或减少，偶有轻度脱发或形成轻度胡须。

7. 精神、神经症状。围绝经期妇女往往容易激动、易怒，情绪烦躁或情绪低落、抑郁寡欢、焦虑、多疑，不能自我控制。严重者对外界冷漠，丧失情绪反应。近年来研究发现雌激素缺乏对发生老年痴呆症可能有潜在危险，表现为记忆丧失、失语失认、定向计算判断障碍，及性格行为情绪改变。

（三）治疗原则是对围绝经期妇女的精神、神经症状要进行心理治疗

必要时可选用适量的镇静药，如地西泮片（安定），根据药物说明对用于镇静或是催眠采用不同的剂量。另外还可以口服谷维素以助于调节植物神经功能，口服20毫克，每日3次。为预防骨质疏松应适当加服维生素D与钙剂。

关于激素替代治疗这是一种医疗措施，合理应用雌激素可控制围绝经期症状与疾病，但要在医师指导下服用。

【护理知识】

（一）围绝经期妇女及其家属要了解绝经前后身体将发生的生理变化及因为性激素减少所造成的身体不适，帮助患者消除绝经变化产生的恐惧心理，并对身体将要发生的变化做好心理准备

（二）要加强体格锻炼

每天要有规律的运动如散步、骑自行车等都可以促进血液循环，维持肌肉良好的张力，延缓老化的速度。

（三）在饮食方面要注意摄取足量的蛋白质及含钙丰富的食物

可以经常食用一些小鱼、小虾，每天喝牛奶，以预防骨质疏松的发生。

（四）要积极防治围绝经期妇女常见的疾病

内科疾病如高血压、冠心病、糖尿病、骨质疏松，妇科疾病如老年性阴道炎、绝经后出血、子宫脱垂、尿失禁等。

【用药知识】

关于雌激素补充疗法的有关知识有以下几点：

（一）适应症

主要包括因雌激素缺乏所导致的老年性阴道炎、尿道感染、潮红、潮热及精神症状，预防骨质疏松与心血管疾病。

（二）禁忌症

1. 患有乳腺癌、子宫内膜癌、黑色素瘤。
2. 原因不明的子宫出血。
3. 肝、肾疾病、功能障碍。
4. 近半年内患有血栓栓塞性疾病。

5. 镰形红细胞贫血症。

（三）制剂及剂量

原则上尽量选用天然性激素，以取最小有效量为佳。我国应用最多的是国产尼尔雌醇，可有效控制潮热、多汗、阴道干燥和尿路感染。方案为每2周口服1次，每次1—2毫克，一般尽量用1毫克，如疗效不好，可改为每2周用2毫克。有子宫的妇女3个月后加安宫黄体酮，每天6毫克，连续10—12天。此方案必须在医生指导下应用，并坚持严格随诊。

（四）用药时间

根据治疗的目的，决定用药时间的长短，短期用药主要是为了解除围绝经期症状，症状消失后即可停药。长期用药可以防治骨质疏松和心血管疾病。研究表明可以持续用药5—10年以上。

（五）用药反应

雌激素用药剂量过大可引起如乳房胀痛、白带多、阴道出血、头疼、水肿或色素沉着等。因此围绝经期妇女在应用雌激素补充治疗时应清楚地了解用药目的、适应症、禁忌症、药物剂量、用药时间及可能出现的负反应等。